Nr. 47. 23. listopada 1924. Rok III.

# POLSKA GAZETA LEKARSKA

## Prace oryginalne

Dr. Ludwik NICZYPEROWICZ. Poznań.

### Wyciąg gwoździowy przy złamaniu kości piętowej.

Z Poznańskiego Zakładu Ortopedycznego im. B. S. Gąsiorowskiego na Bytyniu i Uniwersyteckiej Kliniki Ortopedycznej. Dyrektor: Prof. I. Wierzejewski.

Złamania kości piętowej należą do rzadkości i według obszernych statystyk stanowią $1\frac{1}{2}\%$ wszystkich złamań. Eiken (Kopenhaga 1917) na 4870 złamań kości zebrał tylko 74 przypadków złamania kości piętowej. Z pośród różnych postaci złamania tej kości najczęstsze jest złamanie trzonu, rzadszą postacią jest oderwanie guza kości piętowej, oderwanie nasady guza, złamanie wyrostka przedniego i podpórki skokowej *(sustentaculum tali)*.

Rozpoznanie złamania kości piętowej bez zdjęcia roentgenowskiego natrafia często na duże trudności ze względu na brak charakterystycznych objawów, naprzykład krepitacji. Podczas badania często bywa pomijane porównanie obu stóp (przy złamaniu znacznie większa bolesność i zniekształcenie). Również nie bierze się pod uwagę bolesności, która powstaje bardzo wybitnie przy skręcaniu stopy względem podudzia.

Rokowanie ocenia się naogół jako niezbyt pomyślne, szczególnie w przypadkach zastarzałych i zbyt późno rozpoznanych — te bowiem wskutek niewłaściwego leczenia prowadzą do trwałej deformacji stopy, powodują ustawiczne bóle przy chodzeniu i najczęściej sprowadzają chorego z tak zwanem wyleczonem złamaniem kości piętowej z powrotem do lekarza. Zadanie ostatniego jest wtedy znacznie utrudnione i polegać może na stosowaniu środków paljatywnych, jak wkładki, aparaty i t. p., które jednakże nie usuwają trwałego kalectwa. Dwa podobne przypadki obserwowano w tutejszym Zakładzie w roku 1917 i 1919.

Rokowaniem zajmuje się specjalnie w swym artykule Peters (Monatschrift für Unfallheilkunde 1911) i dochodzi do wniosku, że musi być ono bardzo ostrożne. Następowe upośledzenia po wyleczeniu złamania dotyczą nawracania i odwracania stopy, często bywa duża blizna kostna, pozatem bywają zmiany w stawie skokowo-piętowym i zaniki kości. Najważniejsze jednak zmiany dotyczą sklepienia stopy, gdyż mięsień trójgłowy łydki za pośrednictwem ścięgna Achillesa powoduje przesunięcie odłamów lub ich odchylenie. Następuje w ten sposób zmiana budowy sklepienia stopy, która prowadzi najczęściej do powstania stopy płaskiej, a czasem koślawej lub szpotawej. Według Hoffy przyczyną tych zmian jest niewłaściwe leczenie złamania, polegające na zagipsowaniu stopy bez należytego wyciągu — stąd powstaje spłaszczenie stopy.

Właśnie ze względu na trudne założenie dobrego wyciągu leczenie złamania trzonu przedstawia wielkie trudności. W piśmiennictwie dość często zwraca się uwagę na potrzebę wczesnego i właściwego leczenia. Podawane były próby liczne i rozmaite leczenia tych złamań, lecz właśnie ta obfitość metod wskazuje, że żadna z nich nie jest dostatecznie skuteczna.

Według Sneed'a (The American Journal of Orthopedic Surgery 1924), który opisał 8 przypadków ciężkiego i zastarzałego złamania kości piętowej, wczesne i prawidłowe leczenie oszczędzi chorym następowych dolegliwości i potrzeby poddawania się nowym zabiegom celem zmniejszenia deformacji i usunięcia przyczyny bólów. Bolesność jest właśnie według niego objawem charakterystycznym tych źle wyleczonych złamań. W swoich przypadkach stosował Sneed z bardzo dobrym rezultatem zabieg operacyjny, polegający na usunięciu nadmiernej kostniny i na uwolnieniu przyrośniętej do blizny kości strzałkowej. Skuteczne założenie wyciągu plastrowego w złamaniu kości piętowej nie udaje się, pozostaje przeto wyciąg gwoździowy. W piśmiennictwie jednak z wyjątkiem dwóch autorów, o których będę mówił, nie spotykałem zastosowania tej metody przy złamaniu kości piętowej. Podawany był cały szereg modyfikacji wyciągów zapomocą drutu lub gwoździa, opartego o kość piętową, jednakże zalecano je wyłącznie przy złamaniach kości podudzia lub kości udowej. O leczeniu w ten sposób złamania kości piętowej wzmianek nie spotykałem.

Z polskich autorów Radliński (Zentralblatt für Chirurgie 1915) podaje swoją modyfikację wyciągu zapomocą drutu, przeprowadzonego tuż ponad kością piętową i tworzącego poniżej pętlę. Pawlicki (Nowiny Lekarskie 1916) zastępuje drut gwoździem, wbitym pomiędzy kostkami *(malleoli)* i ścięgnem Achillesa. Oparcie dla gwoździa stanowi kość piętowa. Z metody swej, zastosowanej w pięciu przypadkach złamania kości podudzia, Pawlicki jest zadowolony i zachęca do jej dalszego stosowania. Straus (The Journal of the American Medical Association 1921) zdaje się pierwszy wpadł na pomysł zastosowania tego właśnie wyciągu w złamaniu kości piętowej, jednak stosuje go tylko chwilowo przed zagipsowaniem celem prawidłowego wymodelowania sklepienia stopy i natychmiast po założeniu gipsu usuwa gwóźdź. Kaess (Zentralblatt für Chirurgie 1922) stosuje również wyciąg gwoździowy, wbija jednak gwoździe z obu stron w złamaną kość piętową. Metoda ta jednak nie znalazła zdaje się uznania zrozumiałem jest bowiem, że przebijanie gwoździa przez substancję kostną powoduje zanik który nie przyczyni się do obfitszego tworzenia kostniny.

Metoda zastosowana poraz pierwszy w tutejszym Zakładzie, zresztą niezależnie od wyżej przytoczonych, polega na zastosowaniu gwoździa wbitego tuż ponad kością piętową pomiędzy ścięgnem Achillesa i kostkami i wyciągu. Następnie zostaje założony gips podczas b. silnej ekstenzji za gwóźdź, z pozostawieniem gwoździa w gipsie, który w ten sposób przyczynia się do utrzymania nadanej przez wyciąg pozycji. Sklepienie stopy może być w ten sposób utrzymane. Zabieg zresztą bardzo prosty wykonany został w odurzeniu chlorkiem etylu, może być również wykonany w znieczuleniu miejscowem.

Metoda zastosowana została w jednym tylko co prawda przypadku, pomyślny jednak wynik leczenia zachęca do dalszych prób. Wyciąg taki pozwala dość dokładnie ustawić odłamy, co trudno osiągnąć przy innem leczeniu.

Gwóźdź, przechodząc tylko przez części miękkie przy aseptycznem wykonaniu zabiegu nie naraża chorego na specjalne dolegliwości i niebezpieczeństwa zwłaszcza, że może być przebity w znieczuleniu miejscowem. Samo założenie gwoździa nie jest rzeczą technicznie trudną i może być z powodzeniem wykonane przez lekarza nawet poza szpitalem. W omawianym przypadku chory po założeniu gipsu udał się do domu i zgłosił się do kliniki po czterech tygodniach celem zdjęcia gipsu i usunięcia gwoździa. Najważniejszą jednak rzeczą jest wczesne i prawidłowe postawienie rozpoznania.

Gwóźdź, o którym mowa, podany został przez Biesalskiego (Zakład sprowadza z firmy Windler). Jest on bardzo wygodny, ponieważ można go w środku rozśrubować co pozwala na aseptyczne wyjęcie z rany.

---

Dr. Emil TERLECKI. Ostrzeszów.

### Insulina przy operacji zaćmy cukrzycowej.

Mając na widoku przystąpienie do operacji zaćmy u bardzo wycieńczonego młodzieńca, lat 18, cierpiącego na cukrzycę od roku, u którego na wiosnę b. r. w ciągu miesiąca rozwinęła się i dojrzała zaćma obustronna, zrobiłem próbę

przygotowawczego zastosowania insuliny w celu podniesienia ogólnego stanu odżywienia.

K. Antoni, z Wieruszowa, w powiatowym Szpitalu w Kępnie; w czerwcu r. b. w ciągu tygodnia angielska A.B. insulina (od L. Spiessa z Warszawy) podskórnie w ogólnej ilości 100 jednostek. Węglowodanów dziennie 250,0 w postaci kaszy, kartofli i chleba, oprócz mleka i mięsa. Samopoczucie, wygląd ogólny znacznie się poprawiły, wagi przybyło 500,0 w końcu tygodnia.

Operacja lewej zaćmy w dziesięć dni po prawej. Wycięcie płatów rogówki dość trudne z powodu wiotkości gałki i zupełnego braku pręźności *(turgor)*. Na obu gałkach płaty ku górze; na prawej jednocześnie z płatem wycięta odnośna część tęczówki i ścięta torebka soczewki, przy wyprowadzeniu noża wyszło i jądro zaćmy, tak, że cały zabieg wykonany jednem cięciem. Na lewej gałce płat rogówki i tęczówki jednem cięciem. Torebka osobno igłą, przyczem wyszło i jądro. Soczewkowe mosty łyżeczką. Na 8-my dzień każdostronne zdjęcie opaski. Rychłozrost.

V przy *Convex* + 10,0 D = 0,5 obustronie.

Niezawodnie w znacznej mierze pomyślny wynik należy zawdzięczać zastosowaniu insuliny, co w takich właśnie razach można gorąco zalecić.

Korzystam ze sposobności i składam kol. doktorowi M. Kasprzakowi, lekarzowi Szpitala wyrazy serdecznej wdzięczności za zawsze jednakowo życzliwą pomoc przy tej i przy innych operacjach.

---

Dr. Klemens KAUCZYŃSKI, sek. szpit. Lwów.

## „W sprawie powikłań po bizmucie".

Oddz. skórno-wener. kobiet. Szpit. pow. we Lwowie.
Prym. dr. Roman Leszczyński.

Ostatnie publikacje Puławskiego i Nadla (Polska Gaz. lek. Nr. 37 i 40 b r.) podające powikłania, jakie, zdaniem autorów, występowały przy stosowaniu bizmutu, skłaniają nas do zabrania głosu. Uznając w zupełności pożyteczność podobnych publikacji, zmuszeni jesteśmy do rozpatrzenia obu przypadków oraz wniosków jakie autorowie na podstawie jednego spostrzeżenia wysnuwają.

Puławski sam podnosi, że stan dziąseł chorej był w czasie całego leczenia zadowalający, że rąbka bizmutowego nie było, że wreszcie dermatolog uznał powstałe na języku owrzodzenie jako urazowe. Natomiast badanie bakterjologiczne wykazało obecność *bac. fusiformis*, o którym wiadomo (według Levaditiego, La Blaya, Lagarda), że bywa przyczyną najcięższych zapaleń zgorzelinowych w jamie ustnej. Protokół sekcyjny nie wykazuje, poza *colitis*, żadnych pewnych zmian, jakieby zatruciu bizmutowemu odpowiadały. Nie przynosi zatem autor dostatecznych wskazówek ani dowodów, aby powstałe owrzodzenie i zakażenie łączyć przyczynowo z bizmutem. Bylibyśmy raczej skłonni wierzyć, że u chorej leczonej bizmutem niezależnie od tego wystąpiło zakażenie ogólne z urazowego owrzodzenia. Dlatego i dalsze uwagi autora o stosowaniu bizmutu, choćby słuszne, nie mogą odnosić się do jego przypadku.

Inaczej ma się rzecz z przypadkiem Nadla. Tutaj związek, chociażby pozorny z bizmutem wydaje się niewątpliwym. U chorego nie znaleziono białka w moczu przed rozpoczęciem leczenia. Lecz już w 24 godzin po drugiej injekcji *airolu* wystąpił równocześnie ślad białka i obrzęki powiek. Jak wiemy obrzęki mogą pojawiać się bądźto przy ostrem zapaleniu nerek, bądźto towarzyszą w przebiegu przewlekłego schorzenia nerek, i wtedy badanie na białko z jednej porcji moczu — może dać wynik ujemny. Wierzymy, że bizmut niewątpliwie spowodował tutaj pojawienie się białka i obrzęki, lecz przypuszczamy zarazem, że nerki tego chorego znajdowały się w stanie utajonej niedomogi. Pełne badanie sprawności nerek byłoby tę niedomogę wykryło. Nie robimy bynajmniej autorowi zarzutu, że oparł się jedynie na badaniu w kierunku białka, lecz uważamy, że przypisywanie bizmutowi wyłącznej winy w rozwoju obrazu chorobowego, jest niedostatecznie uzasadnionem. Raczej przypuścić należy, że dawka bizmutu, znoszona zwyczajnie dobrze przez nerki zdrowe, była normalną, a nieprawidłowym był narząd, który na nią nieoczekiwanie zareagował. Dalszy przebieg nie wykazuje nic osobliwego z wyjątkiem jednego szczegółu. Naturalnem wydaje się nam, że nerki raz podrażnione nie znosiły dobrze dalszych dawek bizmutu, ani rtęci. Dziwnem się jednak wydaje spostrzeżenie autora, że nerki znosiły dobrze dawkę luatolu, o którym wiemy, że z powodu swej zawartości rodnika kwasu winowego, działa specjalnie drażniąco na nerki i z tego, między innymi, powodu zaczyna wychodzić z użycia. [(Press. medic. Nr. 29/24 Hudelo i Rabut)]. (Polska Gazeta lek. Nr. 42—43/24. E Sonenberg)] Wnioski jakie autor z tego jednego przypadku wysnuwa odnośnie do stężenia zawiesiny bizmutu i częstości zastrzyków, mogłyby nas przekonać, gdyby opierały się na większym materjale. Nie pokrywają się one bowiem z naszemi doświadczeniami, jakie w ciągu 2 lat poczyniliśmy.

Bizmut w ogólności zaczęliśmy stosować z końcem 1922 r., zaś od listopada 1923 r. stosujemy wyłącznie airol jako 12% zawiesinę w olejku łogowym (Polska Gaz. lek Nr. 7. 1924). Przypominamy, że 1 cm³ tej zawiesiny zawiera 0.05 gr. czystego bizmutu. Ogółem stosowaliśmy airol (j. w.) u **230** chorych kobiet, a to:

| | | | |
|---|---|---|---|
| w | 5 | przypadkach Lues | I. |
| « | 84 | » | II. |
| « | 15 | » | II. recidiv. |
| « | 100 | » | latens |
| « | 20 | « | III. |
| « | 5 | « | Tabes dorsalis |
| « | 1 | » | Taboparalysis |

Łącznie wykonaliśmy ponad **3526** zastrzyków wśródmięśniowych. Mocz na białko kontrolowaliśmy przed każdą injekcją, a w razie potrzeby oznaczaliśmy ilościowo oraz badaliśmy osad. Tylko u **27** chorych stwierdziliśmy białkomocz występujący najczęściej po 12—16 zastrzyku; przyczem z tej liczby 17 chorych ukończyło pełne leczenie (60 dni) po kilku dniowej przerwie. Siedmiu chorych przerwało leczenie po 15—18 injekcji usuwając się z pod dalszej obserwacji, a tylko u 3 chorych wystąpił białkomocz, który mogliśmy oznaczać ilościowo, przyczem Essbach wahał się w granicach od $^1/_2$ do 4‰, a leczenie bizmutowe musiało być przerwane. Badanie osadu nie wykazywało obecności wałeczków.

Jeżeli uwzględnimy stosunek ilościowy chorych (230), do liczby podrażnień nerek (27), to przekonamy się, że stanowi on tylko 11.74%. Jeszcze korzystniej przedstawia się stosunek ilości zastrzyków (3526) do ilości nieznacznych zaburzeń (27), gdzie na jedną injekcję przypada 0,763% ryzyka wystąpienia podrażnienia nerek. Dalej stosunek liczby chorych (230) do ilości silniejszych uszkodzeń nerek (3) wyraża się cyfrą odsetkową 1,30%.

Jeżeli Nicolau i Blumenthal stosując 2% zawiesinę airolu t. z 0,0083 gr. Bi w 1 cm³ spotykali się z białkomoczem i przemijającą cylindrurją, to zapytujemy dlaczego my stosując 12% zawiesinę mieliśmy tak samo, a może nawet mniej niespodzianek ze strony nerek. Z tego wniosek, że nie jadowitość airolu jako takiego, ani wysokość stężenia jest powodem powikłań, lecz osobnicza nadwrażliwość i ewentualna niedomoga aparatu wydzielniczego.

Natomiast z całym naciskiem podkreślamy, że nie mieliśmy nigdy z rzeczywistą *nephritis* do czynienia; przeciwnie pojawiający się białkomocz miał cechy przejściowego i raczej degeneratywnego schorzenia (*nephrosis*) w myśl Levaditiego i innych. Trwałych szkód nigdy nam airol nie wyrządzał. Podobnie ze strony jamy ustnej, prócz rąbka bizmutowego, który jest prawie stałem zjawiskiem, nie doświadczaliśmy przykrości. Widywaliśmy *gingivitis* i *stomatitis* przy złem uzębieniu, lecz sprawy te rychło opanowaliśmy. Małe ilości powikłań po bizmucie zawdzięczamy jak się zdaje tylko starannej kontroli wśród leczenia, rozpatrzeniu ogólnego stanu chorego (*status internus*) przed rozpoczęciem leczenia i indywidualizowaniu dawkowania. Nasze doświadczenia oparte na wyżej przytoczonych liczbach, upoważniają nas do mniemania, że ani bizmut w ogólności, ani airol w szczególności nie przenoszą swą jadowitością innych, dotychczas stosowanych środków przeciwkiłowych.

---

Dr. Henryk HILAROWICZ, asystent kliniki. Lwów.

## Odmiana zastosowania gąszczu nabłonkowego do pokrywania ubytków skóry*).

Z kliniki chirurgicznej Uniw. Jana Kazimierza we Lwowie. Dyrektor: Prof. Dr. H. Schramm.

W r. 1921 podał Pels-Lensden sposób pokrywania powierzchni ziarninowych polegający na wstrzykiwaniach w powierzchowne warstwy ziarniny gąszczu nabłonkowego, uzyskanego przez skrobanie skóry. Sposób ten stanowi niejako połączenie sposobów Mangoldta i Brauna, z których pierwszy radził poprostu rozsiewać gąszcz nabłonkowy na powierzchni ziarniny, drugi polecał wtykanie w nią malutkich kawałeczków nabłonka, nakształt sadzonek. Sposób Mangoldta nie okazał się praktyczny, gdyż cząsteczki nabłonka łatwo z powierzchni ziarniny ścierają się lub zostają spłukane wydzieliną, sposobem zaś Brauna uzyskiwano z łatwością mocne i żywotne wysepki nabłonkowe; Pels-Lensden, łącząc niejako oba sposoby opisał bardzo dobre wyniki.

Postępowanie Pels-Lensdena wypróbowano na klinice chirurgicznej lwowskiej w różnego rodzaju przypadkach ubytków skóry. Jakkolwiek w niektórych z nich wyniki były bardzo korzystne, tak, że udało się w krótkim względnie czasie, a w sposób możliwie mało uszkadzający chorego, pokryć mocnym nabłonkiem rozległe ubytki, to w innych sposób zawiódł zupełnie; zdaje się więc, że nie posiada on tak wszechstronnej wartości, jaką mu przypisuje Reschke, któremu udawało się w najniekorzystniejszych dla wzrostu nabłonka warunkach uzyskać epitelizację za pomocą wstrzykiwania Pels-Lensdenowskiego. Do przypadków, w których sposób ten zawodził, należały ubytki o dnie położonem na środowisku twardem jak na kości, bliźnie, co można tłumaczyć zbyt silnem napięciem, wywołanem przez wstrzyknięcie; dalej ubytki, pokryte bardzo cienką warstwą ziarniny, przyczem wstrzykiwanie przy pomocy dość grubej igły w samą ziarninę jest niełatwe, nabłonki zaś wstrzyknięte głębiej giną i nie wschodzą na powierzchnię. Epitelizacja przez wstrzykiwanie nie udaje się dalej zazwyczaj w przypadkach owrzodzeń o dnie brudnem, martwiczem wcale nie zawierającem ziarniny; trudno przypuścić, aby gąszcz nabłonkowy wstrzyknięty pod ciśnieniem w bliznowate, mało ukrwione, a pokryte warstwą martwiczą dno ubytku, znalazł tam korzystne warunki dla rozrostu zawartych w nim komórek, co się tyczy zwłaszcza owrzodzeń powstałych na tle odżywczem. Wreszcie i w pewnej ilości przypadków ubytków pokrytych prawidłową ziarniną sposób zawodzi mimo dokładnego trzymania się przepisów techniki. Co do tych ostatnich, zauważyć należy, że jak z jednej strony przy zbyt powierzchownem zeskrobywaniu nabłonka gąszcz zawiera za mało zdolnych do rozrostu komórek z warstwy cylindrycznej, tak z drugiej, przy zbyt silnem skrobaniu, wypływa duża ilość krwi, w zetknięciu się z którą miałka dotąd zawiesina zbija się w większe kłaczki, których niepodobna przepchać przez grubą nawet igłę, a wstrzykuje się samą tylko ciecz.

W przypadkach, w których nie udało się uzyskać pokrycia nabłonkiem zapomocą wstrzykiwania, zastosowałem następującą modyfikację:

Na brzegu owrzodzenia, znieczulonym uprzednio przez obwodowe wstrzyknięcie niewielkiej ilości nowokainy wkłuwałem płasko wązki nożyk, zagłębiając go na 7—10 mm głęboko w sam brzeg skóry, t. j. starając się wniknąć w jej warstwy, a nie pod skórę, pomiędzy nią a podłoże; krwawienie z tak wytworzonej kieszonki wstrzymywałem przez wsunięcie w nią chwilowe, wąziutkiego paseczka gazy. Tymczasem zeskrobywałem gąszcz nabłonkowy, starając się zebrać go możliwie sucho lub pozbawiając go cieczy, przez położenie na chwilę na jałowej bibule, poczem z pomocą płaskiego końca sondy napełniałem nim przygotowaną kieszonkę; gąszcz zbyt płynny wypływa łatwo napowrót. Takich zaszczepionych nabłonkiem kieszonek tworzyłem na obwodzie owrzodzenia kilka, względnie jedną szerszą. Już po 24 godzinach zauważyć można było w miejscach odpowiadających zaszczepieniom małe, czerwone pole o poziomie niższym jak dno owrzodzenia; wzrastający nabłonek ukazywał się w dalszym przebiegu jako zmętnienie a następnie jako białawy, obrębiony czerwoną smużką język, który posuwał się szybko naprzód, dosięgając przeciwnego brzegu lub zlewając się z innymi półwyspami nabłonka; robiło to wrażenie, że nowy nabłonek wyrasta z pod starego brzegu owrzodzenia, wyraźnie się od niego odgraniczając barwą i niższym nieco poziomem. Wreszcie nabłonek nasuwając się ciągle na dno ubytku pokrywał je całkowicie silną, rogowaciejącą na powierzchni warstwą. Co do szczegółów technicznych, to jak już wyżej wspomniano, nożyk ma wnikać nie pod skórę, lecz w nią samą; o ile brzeg owrzodzenia jest napięty — jak np. na kikutach palców nie należy go podminowywać na szerszej przestrzeni z powodu mogącej nastąpić retrakcji, a raczej wykonać więcej wązkich kieszonek obok siebie; przy opatrunku należy unikać jakiegokolwiek ucisku.

Jako przykład pomyślnych wyników zastosowania powyższego sposobu mogą posłużyć następujące przypadki:

U chorego z wrzodem, pochodzenia odżywczego, na pięcie, który po wykonaniu okołotętniczego wycięcia n. współczulnego wprawdzie oczyścił się nieco, ale nie okazywał najmniejszej dążności do pokrycia się nabłonkiem, dwukrotnie próbowane wstrzykiwanie gąszczu nabłonkowego sposobem Pels-Lensdena nie dało żadnego rezultatu; natomiast po zaszczepieniu nabłonka w brzeg ubytku w dwóch przeciwległych miejscach wyżej opisanym sposobem, ubytek zaczął się szybko pokrywać z obydwóch stron, a po kilku tygodniach zarósł całkowicie mocną, silnie zrogowaciałą na powierzchni warstwą nabłonka.

W innym przypadku chodziło o pokrycie kikuta kciuka obnażonego ze skóry, a pokrytego cienką, miejscami martwiczą warstwą ziarniny, która mimo wstrzykiwań nabłonkowych nie okazywała ani śladu epitelizacji. U chorego tego na skutek jednorazowego zaszczepienia nabłonka w brzeg ubytku po stronie grzbietowej wyrósł język nabłonkowy, który przedzielił owrzodzenie na dwie połowy szybko się już potem zmniejszające.

Sposób opisany stosowano również i w przypadkach uporczywych wrzodów podudzia, w których kombinacja zwiotczenia i podminowania starego brzegu skóry z zaszczepieniem weń świeżych komórek nabłonkowych wydawała się być korzystną; w przypadkach tych osiągnąłem silną epitelizację nawet mocno zanieczyszczonych owrzodzeń, przyczem pożytecznem okazało się nałożenie po zaszczepieniu opatrunku z kleiny cynkowej Unny.

Wyjaśniając sposób wzrostu nabłonka zaszczepionego przy wyżej opisanych próbach należy uwzględnić zapatrywanie Picka na bujanie komórek nabłonkowych, zaszczepionych w głąb ziarniny; sądzi on, że w czasie zaszczepiania powstaje szczelina, której ściany porasta następnie zagłębiony tamże nabłonek, mając zdolność rozrastania się na powierzchniach, przyczem wydobywa się na powierzchnię ziarniny, którą pokrywa coraz całej. Natomiast Reschke wyobraża sobie, że nabłonek, bujając pod ziarniną na szerokość, odcina przez zaciskanie naczyń włosowatych odżywienie, powoduje martwicę i w ten sposób odrazu zjawia się na powierzchni. O ile to ostatnie zapatrywanie zdaje się odpowiadać więcej sposobowi wzrostu nabłonka zaszczepionego przez wstrzyknięcie pod ziarninę, to pierwsze nadaje się do objaśnienia bujania nabłonkowego przy wyżej opisanej modyfikacji. Komórki nabłonkowe dostawszy się wgłąb skóry, w swoje rodzime środowisko o ile byłyby zewsząd zamknięte, wytworzyłyby tamże torbiel nabłonkową urazową (Reverdun); ponieważ szpara jest otwarta ku powierzchni wrzodu, nabłonek porasta jej ściany w kierunku mniejszego oporu, wydobywa się na powierzchnię i pokrywa dno owrzodzenia z żywotnością, której nie posiadał dawny brzeg ubytku. Jak już Reverdun i wielu innych zauważyło, wyspy nowego nabłonka, przes czepionego w jakikolwiek sposób, mają zdolność działania pobudzającego i niejako przyciągają się wzajemnie, co też tyczy się i starego brzegu skóry; podobny wpływ pobudzający mają zapewne zaszczepione w tenże sam brzeg ogniska na

*) Według referatu, wygłoszonego na XXI. Zjeździe Chirurgów Polskich we Lwowie.

błonkowe, co zdaje się potwierdzać w niektórych przypadkach doświadczenie kliniczne.

Sprawa rozrostu nabłonka w wyżej opisanych próbach wymaga jeszcze dokładnych badań drobnowidowych; na razie pozwalam sobie polecić ten sposób do wypróbowania w odpowiednich przypadkach.

---

Prof. Dr. Teofil ZALEWSKI. Lwów.

## Przewodnictwo ciepła i jego znaczenie w rozpoznawaniu i leczeniu ostrych spraw zapalnych w wyrostku sutkowym.

Ciąg dalszy.

**Przypadek 31.**

41) U. p. 13 X. Ostre zapalenie ucha środ. Zapalenie wyrostka sutk. Bębenek obrzmiały i zaczerwieniony. Wyrostek cokolwiek na ucisk bolesny.
t = 36,3 t, = 36,4—35,4 s = 10 m = 32 w = 3,2.
Wyleczenie bez operacji.

**Przypadek 32.**

42) U. p. 11. X. Ostre ropienie ucha środ. Zapalenie wyrost. sutk. Bębenek znacznie zaczerwieniony i obrzmiały. w przedniej dolnej $^1/_4$ przedziurawienie; nieznaczna wydzielina. Wyrostek cokolwiek na ucisk bolesny.
t = 37,3 t, = 37,6—36,9 s = 7 m = 39 w = 5,6.
21. X. Wycieku niema. Wyrostek minimalnie bolesny.
t = 36,6 t, = 36,8—36,2 s = 6 m = 26 w = 4,3.
2. XI. Bębenek prawidłowy, zmętniały. Wyrostek niebolesny.
t = 36,9 t, = 36,9—35,0 s = 19 m = 23 w = 1,2.
Wyleczenie bez operacji

**Przypadek 33.**

43) U. p. 18. X. Ostre ropienie ucha środ. Zapalenie wyrost. sutk. Bębenek silnie obrzmiały i zaczerwieniony: w przedniej dolnej $^1/_4$ znajduje się pęknięcie; znaczna wydzielina. Wyrostek cokolwiek obrzmiały i na ucisk bolesny.
t = 38,0 t, = 38,2—38,0 s = 2 m = 7 w = ?,5.
19. X. Stan bez zmian.
t = 37,7 t, = 38,1—37,9 s = 2 m = 12 w = 6,0.
19. X. Wydłutowanie wyrostka sutkowego Komórki wyrostka sutkowego i jama wyrostkowa wypełnione są skąpą ilością ropy i obrzmiałą błoną śluzową. Wyleczenie.

**Przypadek 34.**

44) U. p. 24. X. Ostre ropienie ucha środ. Bębenek silnie zaczerwieniony i obrzmiały, w przedniej dolnej $^1/_4$ znajduje się pęknięcie, mierna wydzielina
t = 36,9 t, = 37,0—35,9 s = 11 m = 30 w = 2,7.
Wyleczenie bez operacji.

**Przypadek 35.**

45) U. p. 26. X. Ostre ropienie ucha środ. Bębenek silnie obrzmiały i zaczerwieniony; w przedniej dolnej $^1/_4$ znajduje się pęknięcie; mierna wydzielina.
t = 37,8 t, = 38,0—37,4 s = 6 m = 18 w = 3,0
19. XI. Ucho suche. Ciepłota, która już była prawidłowa, znów poszła w górę. Wyrostek sutkowy na ucisk bolesny.
t = 38,1 t, = 38,5—38,1 s = 4 m = 24 w = 6,0.
3. XII. Ucho suche; wyrostek niebolesny.
t = 36,6 t, = 36,7—35,7 s = 10 m = 17 w = 4,7.
Wyleczenie bez operacji.

**Przypadek 36.**

46) U. p. 30. X. Ostre ropienie ucha środ. Zapalenie wyrost. sutk. Bębenek zaczerwieniony i obrzmiały, szczególnie w górnej tylnej części; nieznaczna wydzielina. Wyrostek na ucisk minimalnie bolesny.
t = 37,0 t, = 37,2—36,8 s = 4 m = 36 w = 9,0.
9. XI. Obrzęk błony bębenkowej cofnął się prawie zupełnie, wydzielina minimalna. Wyrostek szczególnie w dolnej części na ucisk bolesny.
t = 37,0 t, = 37,2—36,3 s = 9 m = 31 w = 3,4.
47) U. l. 30. X. Ostre ropienie ucha środ. Zapalenie wyrost. sutk. Bębenek zaczerwieniony i obrzmiały, w tylnej górnej części obrzmienie jest tak duże, że robi wrażenie polipa; mierna wydzielina. Wyrostek na ucisk więcej bolesny, niż po prawej stronie.
t = 37,1 t, = 37,1—36,4 s = 7 m = 26 w = 3,7.
Wyleczenie bez operacji.

**Przypadek 37.**

48) U. p 3. XI. Ostre ropienie ucha środ. Zapalenie wyrost. sutk. Bębenek zaczerwieniony i obrzmiały, w przedniej dolnej $^1/_4$ znajduje się otwór, mierna wydzielina. Wyrostek na ucisk cokolwiek bolesny.
t = 37,2 t, = 37,7—37,4 s = 3 m = 12 w = 4,0.
8. XI Stan ten sam; ciepłota ciała wyższa.
t = 37,0 t, = 37,9—37,5 s = 4 m = 32 w = 8,0.
13. XI. Wydłutowanie wyrostka sutkowego. Przed dwoma dniami wystąpił obrzęk na wyrostku sutkowym. W jamie wyrostkowej i w okolicy zatoki poprzecznej znaleziono ropę, kość spróchniała tak, że odsłonięto zatokę poprzeczną; ściana zatoki zgrubiała, pokryta ziarniną. Wyleczenie.

**Przypadek 38.**

27. X. Od dziesięciu dni wyciek z ucha lewego.
49) U. l 1. XI. Przewlekłe ropienie ucha środ. Bębenek okazuje brak przedniej połowy, błona śluzowa jamy bębenkowej zaczerwieniona; nieznaczna wydzielina.
t = 36,9 t, = 36,9—35,1 s = 18 m = 25 w = 1,4.
9. XI. Stan bez zmian.
t = 36,9 t, = 37,1—35,8 s = 13 m = 27 w = 2,1.
4. XII. Przewód uszny okazuje nieznaczne obrzmienie; wyrostek sutkowy na ucisk cokolwiek bolesny, ponżej wyrostka nieznaczny obrzęk.
t = 38,2 t, = 38,4—38,0 s = 4 m = 18 w = 4,5.
4. XII. Wydłutowanie wyrostka sutkowego. Wyrostek sklerotyczny. Jama wyrostkowa wypełniona obrzmiałą błoną śluzową; dolny koniec wyrostka zajęty przez znacznych rozmiarów komórkę, wypełnioną ropą. Wyleczenie.

**Przypadek 39.**

50) U. p. 4. XI. Ostre ropienie ucha środ. Zapalenie wyrost. sutk. Bębenek obrzmiały i zaczerwieniony; w przedniej dolnej $^1/_4$ znajduje się przedziurawienie; znaczna wydzielina. Wyrostek sutkowy na ucisk cokolwiek bolesny.
t = 36,0 t, = 37,3—35,5 s = 18 m = 36 w = 2,0
Wyleczenie bez operacji.

**Przypadek 40.**

51) U. p. 10. XI. Zaostrzenie przewlekłego ropienia ucha środ. Zapalenie wyrost. sut. Bębenek w przedniej połowie okazuje duży otwór, reszta bębenka cokolwiek obrzmiała; dość znaczna wydzielina. Wyrostek na ucisk bolesny.
t = 38,0 t, = 38,2—36,9 s = 13 m = 36 w = 2,8.
Wyleczenie bez operacji.

**Przypadek 41.**

52) U. l. 24. XI. Ostre zapalenie ucha środ. Ropień na wyrostku sutk. Bębenek lekko zaczerwieniony; po za uchem na wyrostku sutkowym znajduje się ropień wielkości małego jaja kurzego. t = 37,7 t, = 37,9—37,5 s = 4 m = 12 w = 3,0.
24. XI. Operacja. Ropień nacięto. Wyleczenie

**Przypadek 42.**

53) U p 1. XII Ostre ropienie ucha środ. Zapalenie wyrostka sutk. Bębenek obrzmiały i żywo zaczerwieniony; w dalszej przedniej $^1/_4$ znajduje się otwór; znaczna wydzielina. Przewód uszny silnie obrzmiały; wyrostek na ucisk bolesny.
t = 39,0 t, — 39,0—38,9 s = 1 m = 8 w = 8,0.
9. XII. Od trzech dni ucho suche. Wyrostek na ucisk nie bolesny.
t = 37,3 t, = 36,8—35,7 s = 11 m = 18 w = 1,6.
Wyleczenie bez operacji.

**Przypadek 43.**

54) U. l. 6. XI Ostre ropienie ucha środ. Bębenek zaczerwieniony i obrzmiały; w przedniej dolnej $^1/_4$ znajduje się przedziurawienie; nieznaczna wydzielina.
t = 36,8 t = 37,3—36,6 s = 7 m = 30 w = 4,3.
14. XI. Wydzielina minimalna.
t = 37,0 t, = 37,2—36,2 s = 10 m = 30 w = 3,0.
Wyleczenie bez operacji.

**Przypadek 44.**

55) U. p. 10. XI. Ostre ropienie ucha środ. Zapalenie wyrost. sutk. Bębenek obrzmiały, szczególniej w tylnej górnej $^1/_4$; w przedniej dolnej $^1/_4$ znajduje się przedziurawienie, z którego wydobywa się ropa. W górnej części wyrostka sutkowego obrzęk, wyrostek na ucisk bolesny.
t = 38,3 t, = 38,8—38,7 s = 1 m = 18 w = 18,0.
13. XI. Wydłutowanie wyrostka sutkowego. Kość sklerotyczna silnie przekrwiona, w okolicy zatoki poprzecznej w górnej części spróchniała. Jama wyrostkowa wypełniona ropą i obrzmiałą błoną śluzową. Wyleczenie.

**Przypadek 45.**

56) U. l 6. XI. Ostre ropienie ucha środ. Bębenek zaczerwieniony i miernie obrzmiały; w przedniej dolnej $^1/_4$ znajduje się przedziurawienie, mierna wydzielina.
t = 37,0 t, = 37,1—35,6 s = 15 m = 31 w = 2,1.
Wyleczenie bez operacji.

**Przypadek 46.**

57) U. p. 20. XI. Ostre ropienie ucha środ. Zapalenie wyrostka sutk. Bębenek silnie zaczerwieniony miernie obrzmiały; w tylnej dolnej $^1/_4$ znajduje się otwór; mierna wydzielina. Wyrostek sutkowy cokolwiek na ucisk bolesny.
t = 37,1 t, = 37,3—36,5 s = 8 m = 38 w = 4,7.
12. XII Wydłutowanie wyrostka sutkowego. Wyrostek o skąpej ilości komórek okazuje próchnienie głównie w kierunku jamy wyrostkowej. Jama wyrostkowa i komórki wyrostka wypełnione są obrzękłą błoną śluzową. Wyleczenie.

**Przypadek 47.**

58) U. p. 15. XI. Przewlekłe ropienie ucha środ. Zapalenie wyrost. sutk. Bębenek zupełnie zniszczony; błona śluzowa jamy bębenkowej silnie obrzmiała i zaczerwieniona; dość znaczna wydzielina. Wyrostek sutkowy cokolwiek na ucisk bolesny.

t = 37,3 t, = 37,5—36,2 s = 13 m = 22 w = 1,8.

59) U. l. 3. XII. Przewlekłe ropienie ucha środ. Zapalenie wyrostka sutk. W przewodzie usznym była znaczna ilość woskowiny, po usunięciu której okazuje się, że błona bębenkowa okazuje w przedniej dolnej $^1/_4$ średnich rozmiarów otwór; wydzielina minimalna.

t = 36,9 t, = 37,1—36,1 s = 10 m = 39 w = 3,9.

10. XII. Wydzielina obfita. Wyrostek na ucisk wybitnie bolesny.

t = 37,8 t, = 36,7—36,2 s = 5 m = 26 w = 5,2.

13. XII. Wydłutowanie wyrostka sutkowego lewego. Wyrostek okazuje próchnienie, w komórkach wyrostka mała ilość ropy. Wyleczenie.

**Przypadek 48.**

60) U. p. 11. XI. Podostre ropienie ucha środ. Zapalenie wyrost. sutk. Bębenek okazuje otwór wielkości prosa w dolnej przedniej $^1/_4$; obfita wydzielina. Wyrostek na ucisk bolesny.

t = 37,1 t, = 37,7 37,3 s = 4 m = 23 w = 7,2.

14. XI. Wydłutowanie wyrostka sutkowego. Komórki bardzo rozwinięte, sięgają po za zatokę poprzeczną. Kość spróchniała tak, że musiano odsłonić zatokę poprzeczną. Komórki i jama wyrostkowa wypełnione ropą, błona śluzowa tychże obrzmiała. Wyleczenie.

**Przypadek 49**

61) U. p. 11. XI Ostre ropienie ucha środ. Zapalenie wyrostka sutk. Bębenek, szczególnie w tylnej połowie, silnie obrzmiały, w tylnej górnej $^1/_4$ istnieje przedziurawienie; minimalna wydzielina. Wyrostek na ucisk nieznacznie bolesny.

t = 37,1 t, = 37,6—37,3 s = 3 m = 27 w = 9,0.

17. XI Wyciek ustał; wyrostek niebolesny.

t = 36,3 t, = 36,5—35,6 s = 9 m = 18 w = 2,0.

Wyleczenie bez operacji.

**Przypadek 50.**

62) U. l. 20. XI. Ostre zapalenie ucha środ. Zapalenie wyrostka sutk. Bębenek silnie zaczerwieniony i obrzmiały. Wyrostek sutkowy na ucisk bardzo bolesny.

t = 38,6 t, = 38,8—38,2 s = 6 m = 35 w = 5,8.

25. XI. Wystąpił obrzęk na wyrostku sutkowym.

26. XI. Wydłutowanie wyrostka sutkowego. Wyrostek okazuje próchnienie, komórki wyrostka i jama wyrostkowa wypełnione są obrzękłą błoną śluzową i małą ilością ropy. Wyleczenie.

**Przypadek 51.**

63) U. l. 24. XI. Zaostrzenie przewlekłego ropienia ucha środ. Zapalenie wyrost. sutk. Bębenek okazuje duży otwór; błona śluzowa jamy bębenkowej zaczerwieniona; silna wydzielina. Na wyrostku sutkowym obrzęk ciastowaty, sięgający na szyję.

t = 40,0 t, = 40,1—39,4 s = 7 m = 41 w = 5,8.

25. XI. Wydłutowanie wyrostka sutkowego. Jama wyrostkowa i komórki wyrostka sutkowego wypełnione są obrzękłą błoną śluzową i ropą. Wyleczenie.

**Przypadek 52.**

64) U. p. 13. XI. Zaostrzenie przewlekłego ropienia ucha środkowego. Zapalenie wyrostka sutk. Bębenek na znacznej przestrzeni zniszczony; błona śluzowa jamy bębenkowej silnie zaczerwieniona, skąpa wydzielina. Wyrostek sutkowy na ucisk w całości bolesny.

t = 37,3 t, = 37,6—37,4 s = 2 m = 22 w = 11,0.

19. XI. Wydzielina obfitsza, wyrostek na ucisk bolesny, ciepłota znacznie podwyższona.

t = 38,9 t, = 39,2—39,0 s = 2 m = 20 w = 10,0.

2. XII. Od tygodnia wycieku brak, bolesność wyrostka znacznie mniejsza. Stan podgorączkowy

t = 37,7 t, = 37,2—36,1 s = 11 m = 12 w = 1,1.

Wyleczenie bez operacji.

**Przypadek 53.**

65) U. p. 17. XI. Ostre ropienie ucha środ. Bębenek miernie zaczerwieniony, w przedniej dolnej $^1/_4$ znajduje się przedziurawienie; mierna wydzielina.

t = 36,9 t, = 37,1—36.5 s = 6 m = 24 m = 4,0

Wyleczenie bez operacji.

**Przypadek 54.**

66. U. p. 10 XII. Ostre ropienie ucha środ Zapalenie wyrostka sutk. Bębenek silnie zaczerwieniony i obrzmiały; w przedniej dolnej $^1/_4$ znajduje się przedziurawienie; znaczna wydzielina. Wyrostek sutkowy obrzmiały i na ucisk bolesny.

t = 39,4 t, = 39,4—39,3 s = 1 m = 7 w = 7,0.

11. XII. Wydłutowanie wyrostka sutkowego. Komórki wyrostka i jama wyrostkowa wypełnione ropą. Wyleczenie.

**Przypadek 55.**

67) U. p. 26. XI. Ostre ropienie ucha środ. Bębenek silnie zaczerwieniony, w dolnej części znajduje się przedziurawienie; surowiczo-krwawa obfita wydzielina.

t = 37,0 t, = 37,3—36,8 s = 5 m = 16 w = 3,2.

Wyleczenie bez operacji.

**Przypadek 56.**

68) U. l. 25 XI. Zaostrzenie przewlekłego ropienia ucha środ. Zapalenie wyrost. sutk. Bębenek silnie zaczerwieniony, w przedniej dolnej $^1/_4$ jest zniszczony. Wyrostek sutkowy w dolnej części na ucisk bolesny.

t = 37,0 t, = 37,3—35,7 s = 16 m = 40 w = 2,5.

Wyleczenie bez operacji.

**Przypadek 57.**

69) U. l. 21. I. Ostre ropienie ucha środ. Zapalenie wyrost. sutk. Przewód uszny silnie obrzmiały; bębenek mało widoczny; obfita wydzielina. Okolica wyrostka sutkowego dość silnie obrzmiała i na ucisk dość silnie bolesna; okolica pod wyrostkiem i przed uchem miernie obrzmiała.

t = 38,0 t, = 38,0—37,6 s = 4 m = 7 w = 1,7.

25. I. Stan ten sam, tylko obrzęk na wyrostku i w okolicy ucha mniejszy.

t = 38,2 t, = 38,0—37,2 s = 8 m = 9 w = 1,1.

30. I. Chory skarży się na ból głowy. Obrzęk na wyrostku i okolicy ucha znikł; ucho suche; wyrostek na ucisk minimalnie bolesny. Górna ściana przewodu usznego obrzękła. Ciepłota dochodzi do 39°.

t = 38,8 t, = 38,6—37,2 s = 14 m = 34 w = 2,4.

31 I. Stwierdzono ostre ropne zapalenie zatoki czołowej lewej. 12. II. Ciepłota spadła: od czasu do czasu występuje stan podgorączkowy. Od dwóch dni pojawił się mały obrzęk w okolicy jamy wyrostkowej i chełbotanie.

t = 37,6 t, = 37,6—36,8 s = 8 m = 21 w = 2,6.

14. II. Operacja. Otwarto ropień na wyrostku sutkowym. Wyleczenie.

**Przypadek 58.**

70) U. p. 29. XI. Ostre ropienie ucha środ Zapalenie wyrostka sutk. Bębenek zaczerwieniony i obrzmiały; w dolnej przedniej $^1/_4$ znajduje się przedziurawienie; obfita wydzielina. Wyrostek w dolnej części na ucisk bolesny.

t = 38,6 t, = 38,7—38,3 s = 4 m = 45 w = 10,2.

22. XII. Wydłutowanie wyrostka sutkowego. Chory początkowo nie godził się na operację wobec jednak stałego znacznego podwyższenia ciepłoty zgodził się wreszcie. Komórki wyrostka wypełnione ropą, wyrostek okazuje rozległe próchnienie tak, że musiano odsłonić opony. Wyleczenie.

71) U. l. 4. XII prawidłowe.

t = 40,6 t, = 40,5—39,5 s = 10 m = 17 w = 1,7

**Przypadek 59.**

72) U. l. 15. XI. Przewlekłe ropienie ucha środ. Zapalenie wyrostka sutk. Bębenek okazuje duże zniszczenie, błona śluzowa jamy bębenkowej zaczerwieniona; dość znaczna wydzielina. Od kilku dni wyrostek na ucisk bolesny.

t = 38,6 t, = 38,6—37,7 s = 9 m = 42 w = 4,7.

22. XII. Wydzielina cokolwiek mniejsza, wyrostek mniej bolesny.

t = 37,3 t, = 37,3—36,4 s = 9 m = 24 w = 2,7.

Wyleczenie bez operacji.

**Przypadek 60.**

73. U. l. 7. XII. Ostre ropienie ucha środ Zapalenie wyrost. sutk. Bębenek silnie nastrzykany, w przedniej dolnej $^1/_4$ znajduje się przedziurawienie; średnio obfita wydzielina. Wyrostek w dolnej części na ucisk bolesny.

t = 37,8 t, = 37,7—37,3 s = 4 m = 17 w = 4,2

9. I. Wydłutowanie wyrostka sutkowego. Chory kilkakrotnie odmawiał zgody, wreszcie z powodu stale podwyższonej ciepłoty zezwolił na operację Komórki wyrostka wypełnione ropą, wyrostek okazuje rozległe próchnienie. Wyleczenie.

**Przypadek 61.**

74) U. p. 28. II. Podostre ropienie ucha środ. Zapalenie wyrostka sut. Bębenek nieznacznie obrzmiały i zaczerwieniony; w przedniej części znajduje się otwór wielkości dużego prosa; minimalna wydzielina. Wyrostek na ucisk bolesny.

t = 40,1 t, = 40,2—39,3 s = 9 m = 47 w = 5,2.

28. II. Wydłutowanie wyrostka sutkowego. Komórki wyrostka wypełnione obrzękłą błoną śluzową; w jednem miejscu mała ilość ropy — wielkości łebka od szpilki. Kość okazuje dość duże próchnienie. Wyleczenie.

**Przypadek 62.**

75) U. p. 2. III. Ostre zapalenie ucha środ. Zapalenie wyrostka sutk. Przewód uszny zwężony; wydzieliny brak. Bębenek obrzmiały i miernie zaczerwieniony. Na wyrostku sutkowym mierne obrzmienie i chełbotanie. Niedowład nerwu twarzowego.

t = 36,4 t. = 36,8—36,7 s = 1 m = 18 w = 18,0.

2. III. Wydłutowanie wyrostka sutkowego. Wyrostek okazuje rozległe próchnienie, w poszczególnych komórkach małe ilości ropy; w górnej części wyrostka próchnienie dochodzi do zatoki poprzecznej. Wyleczenie.

**Przypadek 63.**

14 XII. Chory przybył w stanie nieprzytomnym.

76) U. p. 14. XII. Przewlekłe ropienie ucha środ. Bębenek na

znacznej przestrzeni zniszczony, w przewodzie nieznaczna ilość wydzieliny.

t — 40,3 t, = 39,9—38,8 s = 11 m = 21 w = 1,9.

15. XII chory zmarł, nie odzyskawszy przytomności. Sekcja wykazała wyrostek sutkowy prawidłowy, powikłań ze strony części, sąsiadujących z uchem niema. Zmiany w innych narządach były podobne do zmian, jakie spotykają się przy tyfusie powrotnym.

**Przypadek 64.**

77) U. p. 12. XII. Ostre ropienie ucha środ. Bębenek silnie zaczerwieniony, w dolnej przedniej $^1/_4$ znajduje się przedziurawienie; nieznaczna wydzielina

t = 36,7 t, = 37,1—36,2 s = 9 m = 25 w = 2,8.

78) U. l. 12 XII Ostre zapalenie ucha środ. Zapalenie wyrostka sutk. Przewód uszny znacznie obrzmiały, z tego powodu bębenek nie jest widoczny; wydzieliny brak. Wyrostek sutkowy obrzmiały cokolwiek i na ucisk bolesny.

t = 37,0 t, = 37,1—36,3 s = 8 m — 19 w = 2,4.

Wyleczenie bez operacji.

**Przypadek 65.**

79) U. l. 27. I. Po ostrem ropieniu ucha środ. Ropień na wyrost. sutk. Bębenek obrzmiały, nieprzedziurawiony. Na wyrostku sutkowym ropień wielkości orzecha laskowego, okolica pod wyrostkiem silnie obrzmiała.

t — 37,4 t, = 37,2—36,5 s — 7 m = 18 w = 2,6.

Wyleczenie bez operacji.

**Przypadek 66.**

80) U. l. 5. II. Ostre ropienie ucha środ. Zapalenie wyrost. sutk. Bębenek silnie zaczerwieniony i obrzmiały; w przedniej dolnej $^1/_4$ znajduje się tętniące przedziurawienie; mierna wydzielina. Wyrostek sutkowy cokolwiek obrzmiały i na ucisk bolesny.

t — 36,7 t, — 36,5—36,0 s = 5 m = 10 w = 2,0.

Wyleczenie bez operacji.

**Przypadek 67.**

81) U. p. 3. III. Ostre ropienie ucha środ. Zapalenie wyrostka sutk. Bębenek zaczerwieniony i obrzmiały, w przedniej dolnej $^1/_4$ znajduje się tętniące przedziurawienie; dość znaczna wydzielina. Wyrostek sutkowy na ucisk bolesny.

t = 37,2 t, = 37,2—36,9 s = 3 m = 18 w = 6,0.

3. III. Wydłutowanie wyrostka sutkowego. W wyrostku sutkowym mała ilość ropy; rozległe próchnienie kości tak, że na dużej przestrzeni odsłonięto zatokę poprzeczną; ściana zatoki pokryta ziarniną. Wyleczenie

**Przypadek 68.**

82) U. p. 9. II. Ostre ropienie ucha środ. Zapalenie wyrost. sutk. Bębenek miernie zaczerwieniony; górna tylna $^1/_4$ wypuklona w postaci brodawki, która na szczycie okazuje przedziurawienie; mierna wydzielina. Wyrostek sutkowy cokolwiek obrzmiały i na ucisk bolesny.

t = 38,0 t, = 38,0—37,6 s = 4 m = 8 w = 2,0.

4. III. Wydzielina dość znaczna. Obrzęk na wyrostku, który był już znikł, pojawił się znów. Często stan podgorączkowy.

t = 37,1 t, = 37,5—37,3 s — 2 m — 10 w = 5,0.

4. III. Wydłutowanie wyrostka sutkowego. Wyrostek o dużych komórkach; komórki wypełnione są obrzmiałą błoną śluzową i ropą; kość okazuje mierne próchnienie. Wyleczenie.

**Przypadek 69.**

83) U. l. 6. III. Ostre ropienie ucha środ. Zapalenie wyrost. sutk. Bębenek silnie zaczerwieniony, miernie obrzmiały; w przedniej dolnej $^1/_4$ przedziurawienie, mierna wydzielina. Wyrostek obrzmiały, w górnej części obrzmienia chełbotanie; wyrostek na ucisk bolesny.

t = 37,0 t, = 37,0—36,3 s = 7 m = 33 w = 4,7.

6. III. Wydłutowanie wyrostka sutkowego. Na wyrostku łyżeczka ropy; kość w okolicy jamy wyrostkowej okazuje przetokę. Wyrostek wypełniony ropą, okazuje rozległe próchnienie; koniec wyrostka usunięto, zatokę poprzeczną odsłonięto. Wyleczenie.

**Przypadek 70.**

84) U. l. 8 III. Ostre ropienie ucha środ. Zapalenie wyrost. sutk. Przewód uszny silnie obrzmiały tak, że światło jego zupełnie zniesione; znaczna wydzielina. Wyrostek sutkowy dość znacznie obrzękły i na ucisk bolesny.

t = 37,8 t, = 38,3—37,5 s = 8 m = 47 w = 5,9.

8. III. Wydłutowanie wyrostka sutkowego. Cały wyrostek spróchniały, wypełniony ropą; koniec wyrostka usunięto; w górnej części odsłonięto zatokę. Wyleczenie.

**Przypadek 71.**

85) U. p. 9. III. Ostre ropienie ucha środ. Zapalenie wyrostka sutk. Bębenek zaczerwieniony i obrzmiały, w przedniej dolnej $^1/_4$ przedziurawienie, mierna wydzielina, przewód uszny cokolwiek zwężony. Wyrostek sutkowy lekko obrzmiały i na ucisk bolesny.

t — 36,9 t, = 38,2—38,0 s = 2 m = 19 w = 9,5.

9. III. Wydłutowanie wyrostka sutkowego. Wyrostek w całości spróchniały; wolnej ropy brak, komórki wypełnione są obrzmiałą błoną śluzową. Wyleczenie.

**Przypadek 72.**

86) U. p. 15. II. Ostre ropienie ucha środ. Zapalenie wyrostka sutk. Bębenek silnie zaczerwieniony i obrzmiały; tylna górna $^1/_4$ wypuklona w kształcie brodawki, która na szczycie okazuje przedziurawienie; znaczna wydzielina. Wyrostek na ucisk bardzo bolesny.

t = 36,5 t, = 36,6—35,2 s = 14 m — 26 w — 1,8.

11. III. Wydzielina nieznaczna; bębenek mniej obrzmiały; wyrostek cokolwiek obrzmiały i na ucisk tkliwy.

t = 37,0 t, = 37,1—34,7 s = 24 m = 35 w = 1,4.

20. III Od dwóch dni wydzielina z ucha znaczniejsza i obrzęk na wyrostku większy.

t = 36,4 t, = 37,2—36,0 s — 12 m = 20 w = 1,8.

25. III. Operacja. Nacięto ropień na końcu wyrostka

Wyleczenie.

87) U. l. 14. II Ostre ropienie ucha środ. Zapalenie wyrostka sutk. Bębenek zaczerwieniony i obrzmiały; w przedniej dolnej $^1/_4$ przedziurawienie; znaczna wydzielina. Wyrostek na ucisk mniej tkliwy, niż prawy.

t = 36,5 t, = 36,8—34,5 s = 22 m = 22 w = 1,0.

11. III. Obrzmienie bębenka silniejsze, wydzielina obfitsza, przewód uszny znacznie zwężony. Wyrostek na ucisk bolesny i obrzmiały

t = 37,0 t, = 36,5—34,4 s = 21 m = 23 w = 1,1.

Operacja.

14. III. Nacięto ropień na tylnej ścianie przewodu usznego.

21. III. nacięto ropień na wyrostku sutkowym.

Wyleczenie.

**Przypadek 73.**

88) U. p. 6. III. Ostre ropienie ucha środ. Zapalenie wyrostka sutk. Bębenek zaczerwieniony i obrzmiały; w tylnej dolnej $^1/_4$ przedziurawienie; mierna wydzielina. Wyrostek na ucisk cokolwiek bolesny.

t = 37,1 t, = 37,0—35,6 s = 14 m = 31 w = 2,2.

Wyleczenie bez operacji.

**Przypadek 74.**

89) U. p. 11. III. Przewlekłe ropienie ucha środ. Zapalenie wyrost. sutk. Bębenek okazuje w tylnej górnej $^1/_4$ znaczny wór, reszta bębenka miernie obrzmiała; mierna wydzielina. Wyrostek sutkowy na ucisk cokolwiek bolesny.

t = 37,2 t, = 36,7—35,2 s = 15 m = 41 w = 2,7.

3. IV. Minimalna wydzielina; minimalna bolesność końca wyrostka; stan podgorączkowy, wczoraj ciepłota 40°.

t = 38,3 t, = 37,0—35,8 s = 12 m = 43 w = 3,6.

4. IV. Operacja. Porównując wyniki obydwóch badań i uwzględniając ogólny stan chorego, zdecydowano się na operację. Wykonano doszczętną operację zachowawczą. Kość sklerotyczna. Ognisko próchniejące w części przylegającej do przewodu usznego; tak samo ściany jamy wyrostkowej okazują próchnienie. Wyleczenie.

**Przypadek 75.**

90) U. l. 7. III. Ostre ropienie ucha środ. Zapalenie wyrost. sutk. Bębenek miernie zaczerwieniony i obrzmiały; w przedniej dolnej $^1/_4$ przedziurawienie, mierna wydzielina. Wyrostek sutkowy cokolwiek obrzmiały i na ucisk cokolwiek bolesny.

t = 37,1 t, = 37,3—36,4 s = 9 m = 33 w = 3,7.

22. III. Stan podgorączkowy; wyrostek bolesny jak poprzednio, minimalna wydzielina.

t = 37,0 t, = 36,9—36,0 s = 9 m = 27 w = 3,0.

4. IV. Ciepłota, która poprzednio już spadła, od dwóch dni dochodzi do 37,8°. Bolesność na wyrostku utrzymuje się.

t — 37,2 t, = 36,3—35,4 s = 9 m = 36 w = 4,0.

7. IV. Wydłutowanie wyrostka sutkowego. Kość twarda, przy operacji odkryto ognisko próchniejące w części, przylegającej do przewodu usznego; ściany jamy wyrostkowej okazują też próchnienie. Wyleczenie.

**Przypadek 76.**

91) U. l. 2. IV. Podostre ropienie ucha środ. Zapalenie wyrost. sutk. Bębenek zgrubiały, w dolnej części znajduje się otwór wielkości ziarnka dużego prosa. Wyrostek minimalnie obrzękły i na ucisk bolesny.

t = 38,2 t, = 37,5—35,2 s = 23 m = 23 w = 1,0.

5. IV. Stan bez zmian

t = 38,7 t, = 38,5—36,9 s = 16 m = 15 w = 0,8.

11. IV. Stan bez zmian. Ciepłota, która zaczęła opadać, znów znacznie się podniosła,

t = 39,1 t, = 38,7—37,7 s = 10 m = 30 w = 3,0.

11. IV. Wydłutowanie wyrostka sutkowego. Wobec widocznego pogorszenia się sprawy zdecydowano się na operację. Komórki wyrostka wypełnione obrzmiałą błoną śluzową; wolnej ropy nie znaleziono; kość przekrwiona, rozmiękczona. Wyleczenie.

**Przypadek 77.**

92) U. l. 7. IV. Ostre ropienie ucha środ. Zapalenie wyrost. sutk. Bębenek obrzmiały w kształcie polipa; znaczna wydzielina. Wyrostek na ucisk bolesny

t = 37,8 t, = 38,0—37,4 s = 6 m = 19 w = 3,2.

10. IV. Od wczoraj nieznaczny obrzęk na wyrostku sutk.

t = 36,9 t, = 38,1—37,2 s = 9 m = 46 w = 5,1.

21. IV. Wydłutowanie wyrostka sutkowego. Operacja była

wyznaczona dziesięć dni temu, z powodu jednak tego, że chory zapadł na szkarlatynę musiała być odłożona. Na wyrostku w okolicy jamy wyrostkowej mała przetoka; wyrostek okazuje rozległe próchnienie i wypełniony jest ropą. Wyleczenie.

Przypadek 78.

93) U. I. 20. VIII Ostre ropienie ucha środ. Zapalenie wyrostka sutk. Bębenek cokolwiek zaczerwieniony i minimalnie obrzmiały; wydzieliny brak. Na wyrostku lekki obrzęk, wykazujący w jednem miejscu chełbotanie, wyrostek na ucisk bolesny. t = 37,2 $t_1$ = 37,4—37,2 s = 3 m = 22 w = 7,3.

20. VIII Wydłutowanie wyrostka sutkowego. Wyrostek okazuje rozległe próchnienie, wypełniony jest małą ilością ropy; od miejsca chełbocącego prowadzi do wewnątrz przetoka.

Wyleczenie.

Co do samej ciepłoty zewnętrznego przewodu słuchowego, to badania obecne potwierdziły wyniki moich poprzednich badań, że ciepłota zewnętrznego przewodu słuchowego najczęściej jest wyższą, niż ogólna ciepłota ciała mierzona pod pachą. Na 139 badań ciepłota zewnętrznego przewodu słuchowego była 94 razy wyższą niż ciepłota ciała, 17 razy była równą, a 28 razy była niższą od niej. Najwyższa różnica między ciepłotą zewnętrznego przewodu słuchowego, a ciepłotą ciała wynosi 1,2°. Ciepłota zewnętrznego przewodu słuchowego jest oczywista rzecz zależną od ciepłoty ciała — im ciepłota ta jest wyższą, tem wyższą jest i ciepłota zewnętrznego przewodu słuchowego.

Jeżeli uwzględnimy przypadki z ostrem zapaleniem ucha środkowego, to tylko w 16% przypadków ciepłota zewnętrznego przewodu słuchowego nie przekracza 37°, w reszcie przypadków jest ona wyższa niż 37°, a w 8% przypadków przekracza 39°, przyczem zauważyć trzeba, że jeżeli ciepłota zewnętrznego przewodu słuchowego jest wysoka, to i ciepłota ogólna ciała jest znacznie podwyższona.

Badania moje wykazują, że ciepłota zewnętrznego przewodu słuchowego pod wpływem oziębienia wyrostka sutkowego zachowuje się inaczej w przypadkach prawidłowych, t. j. w przypadkach, nie okazujących zmian zapalnych w uchu środkowem, i inaczej w przypadkach z ostrem zapaleniem ucha środkowego. W tych ostatnich przypadkach istnieje znów różnica między przypadkami, w których wyleczenie nastąpiło bez wydłutowania wyrostka sutkowego, a przypadkami, w których musiano wykonać wydłutowanie wyrostka sutkowego.

Jako wskaźnik, który tę różnicę nam uwydatnia, przyjmuję — podobnie jak w dawniejszych moich badaniach, stosunek między czasem wyrażonym w minutach, w ciągu którego był ochładzany wyrostek sutkowy, a obniżeniem ciepłoty zewnętrznego przewodu słuchowego wyrażonem w 0,1°, innemi słowy czas, jaki potrzebny jest przeciętnie do obniżenia ciepłoty zewnętrznego przewodu słuchowego o 0,1°, przy ochładzaniu zapomocą przyrządu Leitera wodą o 8° C.

C. d. n.

## Z praktyki.

Dr. Teresa HELLERÓWNA, asystentka kliniki. Lwów.

### Przypadek całkowitego wynicowania macicy wskutek mięśniaka podśluzowego.

Z kazuistyki kliniki położniczej i chorób kobiecych Uniw. J. K. we Lwowie. (Kierownik: doc. dr. Bocheński).

Wynicowanie macicy wskutek guzów podśluzowych zdarza się bezsprzecznie znacznie rzadziej, niż wynicowanie połogowe. Mechanizm połogowego wynicowania macicy jest następujący: w III-cim okresie porodowym lub w połogu, w razie zupełnego zwiotczenia mięśnia macicznego, zaczyna się pod wpływem parcia wewnątrz-brzusznego ściana macicy wpuklać od dna ku wewnątrz. Jeżeli warunki te utrzymują się nadal, wpuklanie się dna macicy postępuje coraz dalej i wreszcie w pewnym momencie pod wpływem energicznego parcia lub wskutek nieumiejętnie wykonanego zabiegu Crédego na macicy wiotkiej, będącej w rozkurczu — następuje zupełne jej wynicowanie. To samo dzieje się w tych warunkach wskutek pociągania za pępowinę, jeżeli łożysko od macicy jeszcze się nie odkleiło. Cała ta sprawa odbywa się stosunkowo nagle. Przeciwnie przy wynicowaniu macicy pochodzenia niepołogowego lecz wskutek guzów, cały proces trwa znacznie dłużej. Wskutek skurczów macicy guz rozwijający się podśluzowo rodzi się stopniowo coraz więcej do jamy macicy, następnie do szyji a wreszcie do pochwy. Jeśli podczas parcia guz będący w pochwie obniży się nagle i ewentualnie wypadnie przed szparę sromową — za pośrednictwem szypuły pociągnie dno macicy powodując jej wynicowanie.

Taki właśnie przypadek miałam niedawno sposobność spostrzegać na klinice lwowskiej. Przebieg jego jest następujący: Chorą B. M., lat 50., przywieziono na klinikę dnia 20. V. o godz. 3 ej popoł. w stanie bardzo ciężkiej niedokrwistości W wywiadach podaje, że dotychczas nigdy nie chorowała. Miesiączki przedtem regularne. Od 4-ech lat krwawi obficie nietylko podczas regularności, lecz także i w czasie między miesiączkami. Rodziła dwa razy prawidłowo, nie roniła. Ostatni poród przed 16-stu laty. Poza krwawieniami nie miała żadnych innych dolegliwości. Właściwa choroba powstać miała nagle: a mianowicie przed trzema dniami po dźwignięciu większego ciężaru, poczuła nagle, jak coś jej się w dole obsunęło wśród napadu silnych bólów w podbrzuszu. Równocześnie wystąpiło zatrzymanie moczu i stolca.

Badanie przedmiotowe wykazuje: chora bardzo blada, tętno miękkie, 130 uderzeń na minutę, język podsychający, ciepłota 38.7°. W płucach wypuk oraz przysłuch prawidłowe. Serce w granicach normalnych, tony głuche, pierwszy ton nad koniuszkiem serca z podmuchem. Wątroba i śledziona nie powiększone. Przed szparą sromową widoczny guz owalny długości około 12-stu cm, o średnicy 8-śmiu cm, spoistości zbitej. Powierzchnia guza pokryta szaremi nalotami. Na szczycie guza szczelinowate zagłębienie do złudzenia przypominające szparowate ujście zewnętrzne macicy. Po spuszczeniu cewnikiem około dwu litrów moczu, zbadano chorą wewnętrznie, o ile na to pozwalał guz szczelnie wypełniający ujście do pochwy oraz całą pochwę. — Badanie wewnętrzne wykazuje, że guz w pochwie rozszerza się balonowato ku górze, rozdymając pochwę do znacznych rozmiarów. Stosunku guza do macicy nie można było bliżej określić, gdyż dojście do sklepień okazało się niemożliwem. Rozpoznano mięśniaka macicy urodzonego do pochwy.

Chorą pozostawiono narazie w spokoju, przeciw bólom w podbrzuszu polecono czopki belladonnowe. W kilka godzin po przybyciu na klinikę zaczęła chora nagle obficie krwawić. Równocześnie wystąpił atak gwałtownych bólów w podbrzuszu. Wśród coraz gwałtowniejszych bólów partych wypadł na zewnątrz guz znajdujący się w pochwie wśród objawów ciężkiego wstrząsu oraz krwotoku. Chora zaczęła wymiotować, tętno prawie nie badalne, bóle nagle ustały. Wstrzyknięto 5 gr. Ol camph. oraz 0.002 Strych. nitr. Po godzinie tętno zaczęło się poprawiać, chora przyszła do siebie, o tyle, że można się było odważyć na badanie wewnętrzne. Guz urodzony na zewnątrz miał wygląd macicy w 6-ym miesiącu ciąży. Powierzchnia jego gładka, składa się ze strzępów błony śluzowej macicy o zabarwieniu brunatnoczerwonawem. Całość przedstawia się jakby odlew macicy wraz z szyjką, na szczycie zagłębienie pochodzące od ucisku ujścia zewnętrznego macicy. Część guza owalna jakby odlew rozdętej szyji macicy sterczała z pochwy na zewnątrz przed całkowitem urodzeniem się guza. Z dna guza idzie w głąb pochwy szypuła skręcona o 180°, grubości około 3 cm, długości 10-iu cm, w której wyczuwa się elastyczne podłużnawate ciało odpowiadające macicy wynicowanej za guzem. Brzegów ujścia zewnętrznego nigdzie się nie wyczuwa. Szypuła wraz z wynicowanem ciałem macicy przechodzi bezpośrednio w sklepienia. Mieliśmy więc do czynienia z mięśniakiem podśluzowym macicy, który rozrastając się powoli doszedł do rozmiarów macicy ciężarnej w 6-ym miesiącu ciąży. Ponieważ krwawienie utrzymywało się od lat czterech, należałoby przypuszczać, że guz podśluzowy rozwijał się od tego właśnie czasu. Stopniowo zaczął się mięśniak rodzić do pochwy, pociągając za sobą dno macicy. Po dźwignięciu ciężaru guz nagle obniżył się tak dalece, że dolny jego odcinek urodził się na zewnątrz, powodując nagłe objawy uciskowe na pęcherz moczowy i odbytnicę.

Gdy objawy wstrząsu ustąpiły, przystąpiono do operacji. Zabieg polegał na okrojeniu szypuły i odłuszczeniu guza. Nie było to rzeczą łatwą, ponieważ między szypułą guza a ciałem macicy brak było ostrej granicy widzialnej wyraźnie gołem okiem. Guz odłuszczono na tępo, poczem w dnie macicy okłuto łożysko guza, które obficie krwawiło. Po odłuszczeniu guza odprowadzono macicę ku górze bez większych trudności.

Jamę macicy wytamponowano gazą przepojoną nalewką jodową, sklepienia pochwy również szczelnie wypełniono gazą, by zapobiedz powtórnemu wynicowaniu. Stan chorej znacznie się poprawił. Ciepłota opadła, tętno zwolniało. Dalsze leczenie polegało na podawaniu ergotyny oraz tamponowaniu macicy i pochwy; tamponadę zmieniano co 24 godzin. W dziesięć dni po zabiegu chora wyleczona opuściła klinikę.

Przypadek ten, nieczęsty, zasługuje na uwagę ze względu na nagłe objawy, jakie tu wystąpiły. Jak już wspomniałam wyżej — wynicowanie macicy wskutek guzów występuje zazwyczaj powoli, bez gwałtowniejszych objawów, w przeciwieństwie do wynicowania połogowego, które zawsze powstaje wśród groźnych objawów. Ciężki stan chorej należy sobie w tym przypadku tłumaczyć w ten sposób, że przy stopniowem, przewlekłem wpuklaniu się macicy, ostateczne wynicowanie wystąpiło nagle po dźwignięciu ciężaru. Podobnie jak przy wynicowaniu połogowem działały tu dwie siły: tłocznia brzuszna od góry, od dołu zaś pociąganie ze strony dużego guza, który częściowo wypadł na zewnątrz.

---

Dr. Juljusz MONIS. Lwów.

## Reargon w leczeniu rzeżączki.

Z Oddziału skórno-wenerycznego P. Szpitala powszechnego we Lwowie.
Dyrektor: Prym. Dr. Świątkiewicz.

Do wielkiej już liczby środków przeciwrzeżączkowych przybył w b. roku »*Reargon*«. Jest to preparat srebrowy, w skład którego wchodzą środki srebrowe, dotychczas używane i grupy glikozydów antrachinonowych. Te ostatnie działają znieczulająco i przeciwzapalnie a nadto mają zdolność głębokiego przenikania błony śluzowej. Wiechowski z połączenia obu tych środków, dzięki wyż wymienionym własnościom glikozydów, uzyskał preparat srebrowy wysokoprocentowy, jednakże nie drażniący błony śluzowej, o działaniu głębokim. Sole srebrowe dotychczas przeważnie stosowane nie mają działania głębokiego. Po wstrzyknięciu tychże kurczyły i rozszerzały się następowo naczynia włosowate, skutkiem czego leukocytoza się zwiększała; zresztą zabijały sole srebrowe jedynie gonokoki, znajdujące się na powierzchni błony śluzowej.

»*Reargon*« silnie reklamowany, poparty pracami Wiechowskiego, Klausnera i prof. Joseph'a, wzbudził wielkie zainteresowanie.

Na naszym oddziale, dzięki staraniom Dyrektora Dra Krzyżanowskiego, otrzymaliśmy bezpłatnie sporą ilość »*Reargonu*« dla dokonania prób leczenia. Stosowaliśmy środek, ściśle wedle przepisu fabryki chemicznej »Norgine« w Pradze, u mężczyzn do leczenia poronnego w przypadkach, w których objawy datowały się od 24 godzin do 3-ch dni, nadto w przypadkach, nieleczonych *urethritis ac. ant. et post.* z objawami ponad 3 dni i formach przewlekłych. Do leczenia poronnego stosowalismy »*Reargon*« u 5-ciu chorych, do leczenia *ur. ac. ant.* u 5, *ur. ac. tot.* 9, *urethritis chron. ant.* u 3-ch chorych. Wykluczyliśmy przypadki z powikłaniami, jak zapalenie najądrzy, sterczu i pęcherzyków nasiennych.

Wyniki, jakie osiągnęliśmy przy leczeniu rzeżączki »*Reargonem*« nie odpowiadają w zupełności temu, co podaje w swej pracy Doc. dr. Klausner. Przekonaliśmy się, że »*Reargon*« nie jest środkiem zupełnie niewinnym; u niektórych bowiem chorych wywołuje dość silne pieczenie, tak przy wstrzykiwaniu środka samego, jakoteż i przy oddawaniu moczu a nadto podrażnienie błony śluzowej mniejszego lub większego stopnia, występujące w postaci obrzęku. W jednym przypadku w następstwie obrzęku wystąpiło zupełne zatrzymanie moczu, trwające 5 dni. Co do własności bakterjobójczych to jedynie w 2-ch przypadkach osiągnęliśmy trwały brak gonokoków w moczu, co przy użyciu innych mniej skomplikowanych i drogich środków w tym samym czasie otrzymywaliśmy. U niektórych chorych znikały gonokoki już po 2—3-ch dniach wstrzykiwania — lecz mimo dalszego 8-mio dniowego leczenia po zaprzestaniu z powrotem pojawiały się w wycieku. Stwierdziliśmy nadto, że leczenie »*Reargonem*« cewki przedniej w przypadkach *urethritis acuta totalis* niema dodatniego wpływu na cewkę tylną — nie chroni też chorego z *urethr. ac. ant.* od powikłań. Dr. Klausner w swej pracy podaje, że, jeśli przy leczeniu »*Reargonem*« gonokoki nie znikną w ciągu 3-ch tygodni — należy przypuścić, że wystąpiło powikłanie, najczęściej w formie zajęcia gruczołów Littrego. Skoro »*Reargon*« ma mieć działanie głębokie, winno ono objawiać się właśnie w leczeniu spraw głębokich cewki moczowej. W przypadkach bowiem świeżych, ostrych, gdzie gonokoki nie zdążyły jeszcze dostać się do głębszych warstw, wprowadzając środki dotychczas przy leczeniu rzeżączki stosowane, w stężeniu większem w połączeniu z gliceryną, która w wielkiej mierze osłabia drażniące działanie tychże, osiągamy te same wyniki, co przy leczeniu »*Reargonem*«.

Sumując nasze wyniki — przyznać musimy, że »*Reargon*« zawiódł nasze oczekiwania — bo nie znaleźliśmy w »*Reargonie*« nic, coby nas mogło upewnić, że przewyższa środki dotychczas stosowane. Ma zaś strony ujemne jakoto, że jest stosunkowo bardzo drogi, wala bieliznę chorego mimo starannego wstrzykiwania a nadto czas przetrzymania środka przez 10 minut jest nieco za długi i dla niektórych dość uciążliwy.

Patrz tablica na str. 725

---

## Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr. Leon Wachholz. **Medycyna sądowa.** Wydanie trzecie zmienione i uzupełnione. Str. XII i 553 z 22 rycinami w tekście i 42 rycinami na 8 tablicach. Nakład Gebethnera i Wolffa. Cena 12 zł.

Na półkach księgarskich ukazało się trzecie wydanie »Medycyny sądowej« prof. Wachholza po zupełnem wyczerpaniu poprzednich dwóch z r. 1919 i 1920. Już sam fakt szybkiego rozejścia się dwóch pierwszych wydań świadczy o tem, jak dalece książka ta była potrzebna, wybitne zaś jej zalety podniosłem w obszernej ocenie, skreślonej w »Przeglądzie lekarskim« Nr. 43 z r. 1918. Nazwałem wówczas dzieło to znakomitem, stwierdzając, że nie ustępuje ono, a nawet pod niejednym względem przewyższa najlepsze podręczniki tego przedmiotu w językach obcych. Dziś po upływie kilku lat zdanie to mogę powtórzyć z tym większym naciskiem, że po uczniach swoich, używających wyłącznie tego podręcznika do nauki medycyny sądowej, widzę doniosły wpływ tej książki nietylko na zasób ich wiedzy, lecz również na sposób myślenia i rozwiązywania poszczególnych zagadnień sądowo-lekarskich. Wychodząc ze słusznego zapatrywania, że każdy podręcznik lekarski musi dla utrzymania swej żywotności podlegać ciągłym zmianom i uzupełnieniom, prof. Wachholz, poczyniwszy już przy drugiem wydaniu szereg poprawek, przeprowadził obecnie dalsze przekształcenie swej książki na większą skalę. Przedewszystkiem więc odrzucił zupełnie cały dział o dochodzeniu stanu umysłowego przed sądem, nie mogąc go pomieścić w ciasnych ramach, jakie w podręczniku medycyny sądowej mógł sobie dla niego wyznaczyć bez naruszenia harmonji całego dzieła, autor wynagrodził brak ten sowicie, wydając w roku ubiegłym osobno swą doskonałą »Psychopatologję sądową« (Nakład Geberthnera i Wolffa 1923), stanowiącą jakby drugi tom podręcznika »Medycyny sądowej«. Ponadto po przejrzeniu swej książki dodał cały szereg ustępów i uzupełnił ją spostrzeżeniami z najnowszego piśmiennictwa lekarskiego uwzględniając w większej niż poprzednio mierze, literaturę francuską. Z nowych lub gruntowniej przerobionych ustępów wymienić należy; obszerny dodatek w rozdziale o rozpoznawaniu śmierci z otrucia wogóle ze zwięzłem przedstawieniem biegu analizy

| L. porządkowa | Rozpoznanie | Objawy od dni | Leczony reargonem przez dni | Po ilu dniach leczenia reargon. | Uwagi |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Urethr. ac. ant. | 2 | 21 | 14 | |
| 2 | « | 3 | 14 | | Gonokoki nie znikły po 14 dniach; wyleczony innemi preparatami |
| 3 | « | 2 | 18 | 8 | |
| 4 | « | 3 | 14 | | Gonokoki nie znikły po 14 dniach leczenia reargonem; wyleczony preparatami innemi |
| 5 | « | 5 | 16 | 2 | Po zaprzestaniu leczenia reargonem po 5-tym dniu wyciek ropny. Gon. + |
| 6 | « | 4 | 4 | | Po 4 dniach wstrzykiwania reargonu epididimitis sin.: wobec czego odstawiono reargon |
| 7 | « | 4 | 6 | | Po 6 dniach urethr. post. et prostatitis, wobec czego zaprzestano używać reargonu |
| 8 | « | 3 | 14 | 8 | Mimo zniknięcia gon. mocz w I. i II. porcji mętny. Po Janetach z Kal. hyperm. oczyścił się zupełnie. |
| 9 | « | 7 | 1 | | Po pierwszem wstrzyknięciu obrzęk napletka i błony śluzowej cewki, czego następstwem było zupełne zatrzymanie moczu przez 5 dni. |
| 10 | « | 7 | 14 | 10 | Przy następnych badaniach gon. +. Wyleczony solami srebrowemi |
| 11 | Urethr. ac. tot. | 7 | 14 | | Po 14 dniach leczenia mocz w I. i II. porcji czysty. Gon. +. Wyleczony innemi preparatami. |
| 12 | « | 8 | 2 | | Po każdem wstrzyknięciu obrzęk napletka dość znaczny. Chory wzbrania wstrzykiwania reargonu. Po zaprzestaniu obrzęk znikł. |
| 13 | « | 12 | 14 | | Po 14 dniach wstrzykiwania wyciek nadal ropny. Mocz w I. i II. porcji mętny. Gon +. Wyleczony innemi preparatami. |
| 14 | « | 21 | 21 | | Gon. po 21 dniach obecne; naciek gruczołów Littré'go. Wyleczony sondami i innemi preparatami. |
| 15 | « | 7 | 10 | | Lekki obrzęk napletka, utrzymujący się przez cały czas leczenia reargonem. Po 10 dniach wyciek nadal ropny. Gon. obecne. Leczony innemi preparatami. |
| 16 | « | 20 | 14 | | Po 14 dniach leczenia mocz w I. i II. porcji mętny. Gon. + |
| 17 | « | 10 | 14 | | Gon. obecne. Na życzenie chorego zaprzestano leczenia reargonem |
| 18 | « | 10 | 4 | | W 5-tym dniu wystąpiło zapalenie najądrza lewego. |
| 19 | « | 9 | 14 | | Po 14 dniach leczenia mocz mętny. Gon. + Wyleczony innemi preparatami. |
| 20 | Urethr. chr. ant. | 42 | 21 | | Gon. po 21 dniach leczenia obecne |
| 21 | « | 38 | 19 | | Na życzenie chorego przerwano leczenie reargonem. Gon. + |
| 22 | « | 32 | 14 | 10 | Po 10 dniach znikły. Po prowokacji pojawiły się znowu w moczu... |

chemicznej przy poszukiwaniu trucizny, który w tym skrócie powinien być istotnie znany lekarzowi-znawcy, dalej rozszerzenie części szczegółowej rozdziału o truciznach, dłuższy ustęp o próbach aglutynacyjnych krwi w zastosowaniu sądowo-lekarskiem, uwagi o znaczeniu zmian w trzustce przy dochodzeniu przyczyny śmierci, o zatorach przy uszkodzeniach cielesnych, o rzadszych postaciach postrzałów w głowę, o niemocy płciowej u kobiet, o rozpoznaniu poronienia i t. d.

Wszystkie te dodatki i przeróbki odświeżają w znakomity sposób podręcznik, który należy do tych książek, jakie każdy lekarz, choćby nie zajmował się medycyną sądową, powinien posiadać w swojej bibljotece, gdyż znajdzie tam wyjaśnienie i poradę w niejednem zagadnieniu, nasuwającem mu się w praktyce. Że dla studenta medycyny jest ta książka niezbędną, nie potrzebuję dodawać, a podnieść należy, że nizka na dzisiejsze warunki jej cena (12 zł.) umożliwia naszej niezamożnej młodzieży lekarskiej jej nabycie.

Ponieważ spodziewać się należy, że następne wydanie książki nie długo każe czekać na siebie, pozwalam sobie zaproponować autorowi jeszcze kilka drobnych zmian. A więc wartoby obok próby Icarda stwierdzania śmierci wspomnieć o prostej próbie Rebelli, w rozdziale zaś o badaniu śladów krwi przypomnieć czytelnikowi wejrzenie krwinek pod mikroskopem i różnice ich u poszczególnych grup zwierzęcych (często uczniowie nie umieją mi na to pytanie odpowiedzieć, tłómacząc się, że niema tego w »Wachholzu«). Należy dalej poprawić i rozjaśnić ustęp o mechanizmie złamań czaszki (str. 150—153), w którym między innemi powiedziane jest mylnie, że przy złamaniu z ugięcia pęknięcia kości przebiegają w kierunku równoleżników, gdyż przebiegają one w kierunku południków kuli, natomiast przy włamaniach mają przebieg równoleżnikowy, należy również opuścić zdanie, że po zwichnięciu staw musi być 3—4 tygodnie unieruchomiony (str. 168), bo dziś się tego nie robi, a przeciwnie każe się choremu wcześnie wykonywać ruchy. Radziłbym też autorowi skreślić pokutujący od dawna w podręcznikach medycyny sądowej opis przypadku Binnera (str. 250) rzekomego samobójczego zadławienia ręką, bo przypadek ten nie wytrzymuje krytyki a, rzecz dziwna, każdy uczeń właśnie ten przypadek pamięta i zaraz z niego wysnuwa ogólne a mylne wnioski, że śmierć z zadławienia ręką może być równie dobrze śmiercią samobójczą jak morderczą. Również trwam przy zdaniu, wypowiedzianem już przy poprzedniej ocenie podręcznika, że rycina przedstawiająca rzekomy przypadek *iuxtapositio membrorum* według Columbusa z XVIII wieku powinna zniknąć z tej książki. W dodanym świeżo ustępie o czynnościowej niezdolności kobiety do spółkowania (str. 420) należy zająć wyraźne stanowisko, że wspomniane tam okoliczności w przypadkach sądowych o unieważnienie małżeństwa nie mogą zasadniczo stanowić momentu, wykluczającego zdolność dopełnienia powinności małżeńskiej, czego żąda ustawa i że chyba tylko w wyjątkowych przypadkach, przy zbiorze licznych czynników, a w szczególności wyraźnych zaburzeń psychicznych u kobiety, możnaby w tym kierunku wydać zdecydowane orzeczenie. W dziale toksykologicznym wreszcie radbym widzieć przy ważniejszych truciznach krótki opis własności fizykalnych trucizny, bo choć to można znaleść w podręcznikach bądź chemji, bądź toksykologji, tutaj również dla całości winno być zaznaczone. Niema np. na wstępie otrucia tlenkiem węgla wzmianki, że jest to gaz bezbarwny i bezwonny, ani jaki ma ciężar gatunkowy i dlatego też przy egzaminach słyszy się nieraz błędne odpowiedzi co do tych szczegółów, których przynajmniej ja osobiście zawsze od kandydata żądam, niema również podobnych szczegółów przy preparatach rtęciowych, różnicy między sublimatem a kalomelem i t. p. Przy sporyszu (str. 459) należałoby uwzględnić nowsze poglądy na zawarte w nim składniki i ich działanie.

Tych parę uwag wypowiadam w postaci życzenia i w najszczerszej chęci, aby ta doskonała książka mogła w dalszym swym rozwoju być zupełnie wolną od wszelkich usterek lub braków, które najłatwiej dostrzedz może przedstawiciel przedmiotu i egzaminator. *W. Sieradzki*

Serge Voronoff. **Quarantes-trois greffes du singe à l' homme.** Paris Oct. Doin 1924.

Autor podaje wyniki doświadczalnych przeszczepień gruczołów rozrodczych u zwierząt, które skłoniły go do wypróbowania metody przeszczepień jądra w całości u ludzi.

Wyniki jego opierają się na 43 przeszczepieniach jąder małp człekopodobnych człowiekowi. Pomiędzy operowanymi miał autor 7 lekarzy, a większość pacjentów była w wieku ponad lat 60. Klinicznie przypadki te przedstawiały przedwczesną starość, daleko posuniętą miażdżycę oraz przypadki utraty jądra na tle zapalnem lub też pochodzenia urazowego. W 36 przypadkach udało mu się zanotować wybitne polepszenie ogólnego stanu, poprawę pamięci oraz w niektórych przypadkach zmniejszyły się również przykre objawy przerostu stercza. Wypadku śmiertelnego nie było.

Jeden dział tej książki wzbudza wielkie zaintersowanie, gdyż porusza rzecz zupełnie nową i dotychczas nieznaną, a zdaniem moim zasługuje na bardziej szczegółowe omówienie. Dział ten poświęcony jest nowej metodzie intensyfikacji ran granulacyjnych za pomocą przykładania doń miąższu jądra. Traumatologja zranień ostatniej wojny wysunęła przed chirurgją ważne zagadnienia odkażania ran postrzałowych i rychłe ich gojenie. Odkażanie chemiczne, dalej chirurgiczne, polegające na wycinaniu tkanek zmiażdżonych i nakładaniu następowych szwów, nie zawsze dawały pomyślne wyniki. Niezaspokojone dążenia w tym kierunku pobudziły autora do wypróbowania nowych dróg. Autor wyzyskał badania Carrel'a, który dowiódł, iż tkanka łączna w hodowli *in vitro* zaczyna silniej rozrastać się pod wpływem dodania do pożywki miąższu tarczycy. Mając na uwadze, że przy procesach gojenia się ran odgrywa przedewszystkiem najważniejszą rolę tkanka łączna, autor wpadł na pomysł pobudzić jej rozrost za pomocą podrażnienia hormonami gruczołów wewnętrznego wydzielania. W tym celu wywoływał doświadczalnie na 74 zwierzętach (psy, kozy i owce) sztuczne zranienia i próbował je leczyć przykładaniem miąższu trzustki, śledziony, nadnerczy, tarczycy i jąder. Okazało się, że trzustka ujemnie wpływa na gojenie się rany, śledziona pozostaje wogóle bez wpływu, a inne gruczoły z miąższem jądra na czele wybitnie wzmagają rozrost ziarniny, powodując szybkie gojenie się. Metoda, którą stosuje, polega na rozkrawaniu jądra na cienkie skrawki, które następnie przykłada do powierzchni ran. Gruczoły używane do tych celów autor przechowuje w ściśle przestrzeganych warunkach aseptycznych, w słoikach wyjałowionych, nawet przez kilka dni (8 dni) w lodowni przy $t^0$ 0. We wszystkich przypadkach stosowany sposób dawał, nawet przy głębokich ubytkach, szybkie gojenie się. Badanie histologiczne wykazuje rychłe wessanie się przykładanych skrawków. Dopiero po tych wynikach, pełnych nadziei, autor zastosował ten sposób u ludzi. Kawałeczki miąższu gruczołowego utrzymywały się na powierzchni rany blizko 4 dni, poczem zauważono wyraźny rozrost tkanki łącznej poziarninowej. Autor upatruje w tym sposobie nową metodę wyzyskania rozrostu tkanki łącznej do celów praktycznych. Wracając do wyników przeszczepień jądra w całości należy zanotować, że w jednym przypadku po upływie 15 miesięcy po transplantacji jądra małpy autorowi udało się to jądro uzyskać na drodze operacyjnej z powrotem. Przedsięwzięte badanie histologiczne przez Retterer'a dowiodło w obrazie drobnowidowym wyraźne zachowanie się kanalików nasiennych oraz utrzymanie się rysunku gruczołowego. Pomyślne wyniki przeszczepień swoich autor tłumaczy techniką transplantacji, polegającą na wszczepieniu jądra bezpośrednio do *tunica vaginalis*.

Przeczytana książka rzuca nowe światło na szereg ciekawych problemów biologji, patologji lekarskiej i godna jest niewątpliwie sprawdzenia krytycznego.

*W. Janusz* (Lwów).

C. Levaditi: **Le Bismuth dans le traitement de la syphilis.** Masson & Cie. 1924. Str. 316.

W monografji tej zbiera L. dotychczasowe doświadczenia własne i innych autorów porobione z bizmutem w ciągu trzech lat po wprowadzeniu go w lecznictwo. Ponieważ równie dobrze jak francuskie, opanowuje piśmiennictwo zagra-

niczne, przeto książka jego daje dokładny obraz stanu rzeczy w chwili obecnej. We wstępie podnosi L., że opracowanie i wprowadzenie Bi. do terapji kiły jest wyłącznie zasługą szkoły francuskiej. Z obszernego rozdziału o toxyczności Bi. przytoczę następujące szczegóły: jon K. podnosi toxyczność soli Bi., w przewodzie pokarmowym nie ulegają one resorbcji, wprowadzone śródżylnie są 10-krotnie bardziej toxyczne. Zasadnicza toxyczność Bi. wynosi 0.001 a nawet mniej na kg. żywej tkanki, zależnie od gatunku zwierzęcia, np. psy są bardzo wrażliwe, króliki średnio, kury b. mało. Człowiek jest znacznie bardziej wrażliwy, niż królik.

Przy ostrem doświadczalnem zatruciu następuje śmierć wśród objawów podobnych jak po strychninie. 1) Faza excyto-motoryczna (drgawki, drżenia i t. d.). 2) Faza porażenna: spadek ciśnienia, zwolnienie oddechów, zaburzenia sercowe, śmierć przez porażenie centralnego układu nerwowego. W ostrem śmiertelnem zatruciu u człowieka (z ran i owrzodzeń) również objawy ze strony układu nerwowego. *Bulbus* i *medulla spinalis* są szczególnie wrażliwe na działanie Bi. (str. 61). Obecność Bi. stwierdzono w wątrobie, nerkach, płucach, śliniankach, układzie centralnym nerwowym. W przewlekłem zatruciu objawy ze strony jamy ustnej, wątroby, nerek; Bi. wydziela się przez mocz, żółć, ślinę, kał, znaleziono go w mleku, łzach, pocie, wodach płodowych.

W kilku następnych rozdziałach omawia autor wyniki lecznicze po Bi. przy kile. Daje nam dokładny przegląd piśmiennictwa w tym względzie. Skuteczność Bi. jest dzisiaj już tak ponad wszelką wątpliwość uznaną, że pomijam tę część. Podnieść tylko muszę dokumenta tyczące się jego działania w *nephritis specif.* i *aortitis specif.* dalej przy *lues cerebrospinalis* i przy tabes. Działanie Bi. na SR. jest niewątpliwe. Niejednokrotnie SR. dodatnia przechodzi dość późno w ujemną, zato ma jednak trwalszy charakter. Pod względem wpływu na SR. stoi Bi wyżej, niż Hg. W porównaniu z arsenobenzolami bywa przez rozmaitych autorów rozmaicie oceniany. Gdy jedni uważają go w tym względzie za niższy od As., inni stawiają go na równi, inni wreszcie nawet wyżej. (As. daje rychlej SR. ujemną, Bi. daje wynik później, lecz trwalszy, zdanie Ref.). W rozdziale XIII. mówi L. o powikłaniach przy stosowaniu Bi. jako to: nerwobole w szczęce dolnej, w szczególności po wlewaniach wśródżylnych, rzadko po wśródmięśniowych, gorączka, odczyn Herxheimera, osutki skórne, znany rąbek bizmutowy i zapalenie dziąseł, wychudnięcie, zaburzenia jelitowe, objawy ze strony nerek (*polyuria, albuminuria, nephrosis*). Na ogół objawy te prócz niewinnego rąbka bizmutowego są rzadkie i przy uważnej kontroli można się ustrzec przed niemi.

Niezmiernie ciekawym jest rozdział XIV. Okazało się, że sole bizmutowe nie posiadają *in vitro* własności zabójczych względem krętków i świdrowców. Jeśli jednak dodamy żywej tkanki, lub wyciągu z niej, np. kawałeczek wątroby, to po kilku godzinach (w 37°) wytwarza się nowe ciało silnie trujące dla pasorzytów. Substancję tę nazwał L. bizmoxylem, a zaś bizmogenem ową substancję proteinową, potrzebną dla wytworzenia z nieczynnemi solami Bi. nowego trującego połączenia bizmutowego (bismoxylu). Autorowie (Levaditi i Nicolau) przeprowadzili szereg doświadczeń celem ustalenia natury i własności bismoxylu, który otrzymali w stanie czystym. Wybitne jego działanie na świdrowce i krętki otwiera piękne perspektywy. W ostatnich rozdziałach omawia autor lecznictwo, a to: technikę, drogę, wybór przetworu i ilość potrzebną na jedną całą serję. Wedle rozmaitych autorów ilość potrzebna na jedno leczenie wynosi 2—$2^1/_2$—3 gramów czystego Bi. W końcu zastanawia się autor nad kombinacją Bi. z Hg. i As.

W książce tej zawarł L. ogromną ilość materjału faktycznego, doświadczalnego i klinicznego. Każdy kto samodzielnie nad bizmutem pracuje rad ją będzie mieć pod ręką.

*R. Leszczyński* (Lwów).

## Przegląd piśmiennictwa.

Cuore e circolazione.

Z. 8. — Sierpień. — 1924.

**wemi próbami statycznemi w zjawiskach hipotensji.** 4 narysy krzywych ciśnienia. Autor zbadał 70 przypadków, należących do różnych typów zaburzeń w narządzie krążenia przy pomocy oscilometru Pachona. Każdy osobnik badany był w pozycji poziomej wpierw z ramieniem położonem poziomo, następnie podniesionem do góry pod kątem prostym do kierunku ciała, potem opuszczonem ku dołowi, przyczem starał się autor, aby przed każdą zmianą położenia ramienia wzgl. przedramienia, na którem odbywało się studjum, ustalić przez stosowny jego układ zwyczajne dla danego osobnika warunki krążenia. Przy pomiarach uwzględniał autor najwyższe, najniższe ciśnienie i wskaźnik oscilometryczny.

Na podstawie sumiennego, wyjaśnionego kilku narysami krzywych ciśnienia badania, doszedł autor do wniosku, że zmiana położenia, nadana kończynie (górnej) zmienia, odpowiednio do położenia ciśnienie tętnicze w tej kończynie u osobników o prawidłowem krążeniu, a więc ciśnienie tętnicze obniża się względnie podnosi, i to zarówno skurczowe, jak rozkurczowe, zależnie od kierunku położenia przedramienia względnie ramienia (kąta, jaki tworzy z osią ciała). Te zmiany zachowują się poniekąd, jak zmiany odpowiednie w układzie rur sztywnych, są jednak inaczej, to jest słabiej zaznaczone o tyle, o ile zależą od wpływu unerwienia naczyniowego. W patologicznych warunkach występują tu wybitne i daleko zachodzące zmiany, przez to, że odruchy naczyniowe ulegają szczególniejszemu wzmożeniu, alboteż, że układają się one na wzór zjawisk hydrodynamicznych w rurach sprężystych, bądź też zniekształcające w inny sposób falę ciśnienia, bez względu na to, w jakiej pozycji dana kończyna została ułożoną.

Przy pomocy powyższych wyników miejscowych prób statycznych, można zorjentować się, opierając się na zaburzeniach czynności miejscowej, w ogólnym obrazie odchylenia od normy w narządzie krążenia i, jak autor sam zauważa, »wyjaśnić patogenezę licznych niedomóg tętniczych, dotąd rozpatrywanych wyłącznie z punktu klinicznego«.

*Łuczyński* (Lwów).

Deutsche Medizinische Wochenschrift.

Nr. 39. 1924.

Herzfeld i Neuburger. **Zaburzenia tarczycowe a zawartość wapnia surowicy.** Zachorzenia tarczycy nie idą regularnie w parze ani z podniesieniem się zawartości wapnia w surowicy ani ze spadkiem. Rezultaty krańcowe wahają się między 7,5 a 14,9 mg % n. p. przy hyperthyreoidyzmie tak, że stanowczych wniosków stawiać nie można.

Collier. **Wykluczenie błędu w barwieniu Giemsą przez użycie moderatorów.** Celem ujednostajnienia jakości używanej przy barwieniu wody, podaje autor system moderatorów, przy stosowaniu których wszelkie błędy polegające na istnieniu niejednakowego odczynu są wykluczone.

Gottstein. **Kliniczne i epidemjologiczne dane w durze brzusznym.** W szeregu epidemji tyfusowych w Niemczech uwzględnia się udział dzieci. Jest on bardzo liczny, aczkolwiek z małą śmiertelnością. Częste znachodzenie ciężkiego przebiegu w całych rodzinach przemawia za skłonnością rodzinną. Czas inkubacji i prodromów bywał często bardzo krótki i cechował po części przebiegi bardzo ciężkie. Zaburzenia anatomiczne nie szły w parze z gwałtownością przypadków. Z zaburzeń nerwowych u dzieci nie można sądzić o ciężkości przypadków. Chorobom potyfusowym ulegają dzieci rzadko.

Ziemann. **Wskazówki w leczeniu zimnicy.** Jeśli chory nie znosi chininy *per os* należy podawać mu *Chinin Urethan* 0,5—1,0 w pięciokrotnem rozcieńczeniu rozczynem fizjologicznym domięśniowo. Chininę *per os* podawać 2—3 godziny przed napadem. Jeśli nie działa, to skombinować z kąpielami Quinckego w gorącem powietrzu.

Przeciw szumowi w uszach podać:

| | |
|---|---|
| *Chloroformii* | |
| *Gummi arabici ãã* | *10,0* |
| *Sachari albi* | *20,0* |
| *Aqu. ad emulsionem* | *200,0* |

Arch. Russk. Prot. Obszcz.
T. II.

A. Leontjew. **W sprawie djagnostyki cytologicznej wścieklizny i ospy.** Autor w celu wykazania obecności ciałek Negri'ego i Garnier w tkankach poleca utrwalać badane kawałeczki w alkoholu metylowym lub acetonie, po zatopieniu w parafinie i przyrządzeniu skrawków mikrotomowych, autor pogrąża je do 5% tanniny na przeciąg 15—30 minut i zabarwia je według Kulla (na szkiełko podstawowe nalewa 1% rozczynu kwaśnej fuksyny w wodzie anilinowej, ogrzewa aż do pojawienia się pary, opłukuje wodą zwykłą i pogrąża na 10—15 sek. w rozczyn 0,3—0,5% tanniny w wodzie przekroplonej, znowu opłukuje i zabarwia w ciągu 5—10 sek. 1% rozczynem *aurantiae* w 70° alkoholu aż do wystąpienia barwy tytoniu, wreszcie wpuszcza skrawki do alkoholu absolutnego na 3—5 sek. do chwili zmiany barwy na zielonkawą, następnie przeprowadza przez ksylol i powleka balsamem). Pierwoszcz komórkowa przy tym sposobie zabarwia się na zielonkawo-żółto, jądra — jasno błękitnawo, ciałka czerwone przybierają kolor mosiądzu, ciałka Negri'ego występują jako jasno-czerwone, ciałka Garnier'a — wiśniowo-czerwone, jąderka — ciemno-fioletowo.

Zalecony sposób pozwala wykazać obecność ciałek Negri'ego nawet w materjale, ulegającym zepsuciu.

*W. Janusz* (Lwów).

Revue générale d'Ophtalmologie.
Nr. 2. 1924.

Viterbi. **Histologja plastyki spojówkowej drążących ran oka.** Od czasu wojny autor stosuje osłanianie drążących ran oka, szczególniej połączonych z wypadnięciem tęczówki lub szklistki, płatem spojówkowym w sposób następujący: tuż przy rąbku okrawa półkolisto spojówkę, którą następnie wgłąb na 1 cm odpreparowywuje. Tak uzyskuje rozległy łukowaty płat spojówkowy, w którego głębi i środku znajduje się rana przebijająca rogówkę. Przez zeszycie kilkoma szwami wewnętrznych brzegów tego łuku uzyskuje zupełne pokrycie rany spojówkowej, przyczem zazwyczaj połowa rogówki pozostaje wolną. Tak operował 52 chorych; z 41 przypadków zdał już poprzednio sprawozdanie jego asystent Dr. Borri. Obecnie autor, ponieważ w dwu przypadkach z postronnych powodów musiał dokonać wyłuszczenia gałki, poddał je badaniu histologicznemu, aby na tej drodze wyjaśnić działanie syndesmoplastyki. Te badania uzupełnił jeszcze dwoma eksperymentami na królikach i tak je sformułował:

W I okresie (4 dni po plastyce). Spojówka tworzy tylko pokrycie rany, nigdzie nie wchodząc z nią w organiczny związek. Nowe elementa rogówki tworzą się z tkanki łącznej i naczyniowej tęczówki, a nie ze spojówki.

W II okresie (7—11 dni). Spojówka znika z obrębu rany. Elementy właściwe rogówki biorą udział w procesie regeneracji w miejscu pierwotnie działających elementów tęczówkowych.

W III okresie (w 55 dni po plastyce) występuje ścieńczenie nabłonka rogówkowego i blizenki łącznotkankowej w miejscu rany rogówkowej.

Na tej podstawie wnioskuje, że plastyka spojówkowa działa korzystnie przez, a) osłanianie rany: b) podtrzymywanie gojenia rany i c) zbliżanie brzegów rany (jak szew).

To działanie trwa 4—7 dni, poczem spojówka cofa się na swe dawne miejsce. *Zachert* (Kraków).

Journal d'Urologie.
Nr. 4. 1924.

Alexandre Lipschütz i Wilhelm Krause. **O przeszczepianiu obcego jądra u człowieka.** Autorowie przeszczepili jądro baranie osobnikowi, który doznał urazowego zniszczenia znacznej części obu jąder. Po operacji nastąpiła pewna erotyzacja, trwająca przeszło 2 miesiące. Wynik ten odnoszą autorowie do powolnego wchłaniania hormonów w czasie autolizy jądra wszczepionego. Myślą też o pewnym wpływie tych hormonów na te części jąder, które pozostały *in situ* lub na inne gruczoły dokrewne. Liczą się jednak i z sugestją, zwłaszcza, że dany osobnik nie okazywał eunuchoidyzmu, tylko pewną niedomogę płciową.

*Plecity* (Lwów).

Nr. 5. — Maj. — 1924.

Jules François. **Nowsze zdobycze z radjologji dróg moczowych.** Autor omawia szczegółowo technikę pyelografji. Jako środka kontrastowego używa 10—20% rozczynu jodku sodu a przed wstrzyknięciem do miedniczki radzi wymierzyć jej pojemność i później taką samą ilość jodku sodu wstrzyknąć. Do tego używa nie strzykawki, lecz biurety, umieszczonej 50 cm nad poziomem stołu. Zdjęcie roentgenowskie powinno trwać krótko, 1—2 sekund. Po zdjęciu należy środek kontrastowy aspirować do strzykawki. Pomiędzy wskazaniami do pyelografji autor wylicza przypadki rozpoznawczo trudne:

1. podejrzenia na wodonercze;
2. lub na kamienie, które przepuszczają promienie X;
3. nerki ruchomej, sprawiającej bóle;
4. roponercza wszelkiego rodzaju, w którem nie wykazano prątków gruźliczych, ani kamicy, by dojść do rzeczywistej przyczyny danego schorzenia;
5. krwiomoczu niegruźliczej przyrody, potwierdzonego cystoskopową;
6. przerostu sterczu celem stwierdzenia niebezpieczeństwa grożącego przez powikłanie następcze zapalenia miedniczek i nerek;
7. podejrzenia na kamień moczowodowy;
8. przypadki wątpliwe, czy guz miednicy wychodzi z nerki, czy narządów innych jamy brzusznej; wreszcie
9. klinicznie rozpoznanej kamicy nerkowej.

Przechodząc następnie do omawiania sztucznej odmy okołołożyskowej nerki »*pneumoren*«, autor oznacza miejsce wkłucia igły, które znajdujemy, jeżeli połączymy z tyłu linją poziomą grzebienie biodrowe, stąd posuwamy się po kręgosłupie w górę aż do wyrostka kolczastego II. kręgu lędźwiowego, poczem jeszcze o szerokość palca wyżej, stąd 3 cm na prawo lub na lewo od linji środkowej. Tu wbija autor prostopadle igłę możliwie cienką; po natknięciu się na wyrostek poprzeczny kręgu omija go pochylając nasadkę igły w kierunku głowy chorego i posuwa jeszcze 1,5 cm w głąb. Po wyciągnięciu przetyczki dla przekonania się, czy z igły nie wypływa krew lub ropa, wstrzykuje powoli przez przeciąg 5—7 minut 300—500 cm³ bezwodnika kwasu węglowego. Łatwe wnikanie gazu i podniesienie się ciśnienia w manometrze najwyżej o 3—4 cm jest dowodem, że powietrze dostało się we właściwe miejsce. Niebezpieczeństwa z odmy sztucznej około nerki są minimalne, można ją nawet wykonać ambulatoryjnie. Metoda ta jest nam pomocną:

a) do stwierdzenia ewentualnego braku nerki wrodzonego lub nabytego, w razie niemożności zgłębnikowania danego moczowodu;

b) do odkrycia wady rozwojowej nerki;

c) do wykazania kamieni przepuszczających promienie X;

d) jest wprost nieocenioną przy nowotworach nerki, jeżeli chodzi o odróżnienie, czy mamy do czynienia rzeczywiście z nowotworem, czy też z procesem zapalnym otoczki tłuszczowej nerki. Nieudanie się nastrzykania gazem prze-stworu około nerki, przemawia za naciekiem lub nowotworem samej otoczki. Odma w początkowym okresie nowotworu nerki, połączona z pyelografją dopomaga do odkrycia guza.

e) Pomaga nam do wykazania torbielkowatości nerki;

f) pewnych rodzaji wodonercza, w którem nie udało się zgłębnikowanie moczowodu;

g) do stwierdzenia, czy podejrzany cień na kliszy leży w obrębie nerki.

Radjografję pęcherza moczowego radzi autor wykonywać tam, gdzie cystoskopja nie daje zadawalającego wyniku; jako środka kontrastowego używa siarkanu barowego.

Cystoradjografja daje przy uchyłku pęcherza najpewniejsze wyniki rozpoznawcze; przy guzach pęcherza jest ona bardzo dzielnym środkiem pomocniczym, pozwalającym rozpoznawać nawet guzy, wielkości orzecha laskowego.

M. Negro. **Pyelografja przy gruźlicy nerek.** Przy

gruźlicy zaczynającej się w miedniczce, mamy już w jej początkowym okresie na pyelogramie widoczną zmianę w wypukłych i ostrych zarysach brodawek. Występuje wówczas ich spłaszczenie, widać ubytki i zamazanie konturów. Lecz zmiany te nie są dla gruźlicy znamienne, gdyż znajdujemy je i przy wodonerczu i przy roponerczu niegruźliczem. Przy gruźlicy z pierwotnem ogniskiem poczynającem się w miąższu nerki, pyelogram nie daje obrazu zmian jakichkolwiek. Przy gruźlicy miedniczki i nerki, już daleko posuniętej, znajdujemy następujące zmiany na pyelogramie:

1. Rozszerzenie moczowodu albo jednostajne, robiące wrażenie zesztywnienia, albo nieregularne, z przewężeniami i zgięciami.

2. Rozszerzenie miedniczki, której brzeg zewnętrzny przedstawia się o granicach nieregularnych, zniekształconych, wyzębionych, pokrytych ubytkami, rysunek brodawek i kieliszków jest zatarty. Płyn kontrastowy, wnikający do jam gruźliczych nerki, daje na płycie plamy o brzegach nieregularnych i zamazanych. Jamy nie mające połączenia z miedniczką lub też z połączeniem za wąskiem, dalej przestrzenie wypełnione ropą, nie dającą wniknąć płynowi kontrastowemu, nie uwydatniają się na pyelogramie.

Dlatego autor uważa pyelografję przy gruźlicy nerki wogóle za zbędną, gdyż każdy rozpad miąższu nerki daje podobny obraz, a plamy na płycie z wyżej wymienionych powodów nie dają prawdziwego poglądu na rozległość zmian rozpadowych. Badanie czynnościowe nerki daje wynik bardziej dokładny co do rozległości zmian w nerce i jej wartości. M. uważa pyelografję przy gruźlicy nerkowej za nic więcej, jak tylko za sprawę zbytecznej ciekawości.

*Damański* (Lwów).

Surgery, Gynecology and Obstetrics.
T. XXXIX/2. Sierpień. 1924.

H. Wright. **Wrodzony uchyłek przewodu żółciowego wspólnego.** (Congenitae diverticulum of the common bile duct). Opis przypadku. U 15 letniego chłopca — od urodzenia ślad żółtaczki. Od 5 miesięcy wzrastający guz w podżebrzu prawem — okrągły — wdechowo bardzo mało, na boki zupełnie nieprzesuwalny, żółtaczka i guz powiększał się po jedzeniu — wówczas również zjawiały się bóle — czasem bardzo silne o charakterze kolki, czasem głuche.

Przy operacji stwierdzono guz między wątrobą, dwunastnicą i zgięciem wątrobowem, a nerką, pozaotrzewnowy. Próba wyłuszczenia spowodowała silny krwotok kapillarny. Wykonano przetokę między torbielą a dwunastnicą. Śmierć 3 dnia z powodu cholemji. Torbiel wielkości głowy dziecka — wyścielona była nabłonkiem dróg żółciowych. Przewód wątrobowy i żółciowy wspólny miały ujścia wewnątrz torbieli zwężone rodzajem zastawki. Część odprowadzająca przewodu wspólnego poza torbielą zwężona.

Dotychczas opisano 42 przypadków tego cierpienia. Najczęściej dotyczy kobiet (85%) z początkiem drugiego dziesiątka lat — wyniki operacyjne niepomyślne. Wszystkie próby wyłuszczenia torbieli skończyły się śmiertelnie, najczęściej z powodu powolnego skrwawienia się.

Na 22 przypadków — w których torbiel sączkowano tylko — zabieg przeżyły 3.

Drenowanie z równoczesnem względnie następowem zespoleniem z jelitem, wykonano w 8 przypadkach, z tego zmarło 3. O ile zabieg ten wykonuje się dwuczasowo — akt II — zespolenie torbieli z dwunastnicą—jest nadzwyczaj trudny, a nawet czasem niemożliwy.

Za operację wyboru uważa autor zespolenie pierwotne z dwunastnicą.

Etjologja cierpienia jest mało znana. Na podstawie badań embrjologicznych autor dochodzi do wniosku, że jest to anomalja rozwojowa.

J. H. Garlock. **O zakażeniach ręki.** (Infections of the hand). W pracy obejmującej 460 przypadków spraw ropnych w obrębie ręki, autor omawia objawy, powikłania i leczenie poszczególnych cierpień. W zastrzale końcowe dobre wyniki przypisuje: wczesnemu operowaniu — o ile możliwem w pierwszych 24 godzinach — w opasce Esmarcha i w narkozie ogólnej. Nacięcia ręki dosyć długie, sączkowanie ogranicza do minimum. Wcześnie zaczyna ruchy czynne. Ścięgna — równocześnie z torebkami zajęte były w 71,4% przypadków. *Osteomyelitis* członów palców występowała w tych przypadkach, gdzie nacięcia były za małe.

C. H. Peck. **Torbiele gruźlicze w śledzionie; splenektomja, wyzdrowienie** (Tuberculous cyst of Spleen; Splenektomy; Recovery). Opis przypadku pierwotnej gruźlicy śledziony. Cierpienie trwało 4 miesiące Śledziona usunięta operacyjnie miała wymiary $29 \times 18\frac{1}{2} \times 15$ cm, tkanka śledzionowa zachowana była tylko na obwodzie i w przegrodach między torbielami, z których największa — miała średnicę 11 cm — wypełnionymi częściowo serowatą cieczą. Mikroskopowy obraz nie posiadał cech właściwych gruźlicy, natomiast zaszczepiona świnka morska zginęła po 30 dniach na gruźlicę prosówkową.

Zabieg operacyjny był bardzo trudny z powodu silnych zrostów z otoczeniem.

Na 52 przypadków opisane w piśmiennictwie w 26 badano obraz krwi — z tego w 9 był normalny, w 11 wtórna anemja miernego stopnia, w 6 wyraźna polycytemja (ciałek czerwonych ponad 8 miljonów). Ilość ciałek białych najczęściej zwiększona. Dominującym objawem jest powiększenie śledziony i bóle w podżebrzu lewem — przebieg przeważnie przewlekły. Splenektomja jest jedyną drogą do wyleczenia — jest jednak wskazana tylko w tych przypadkach, gdzie gruźlica śledziony jest dominującem cierpieniem, a gruźlicy w innych narządach brak lub bardzo nieznacznego stopnia. Policytemia bywa tylko w przypadkach cięższych — ale nie stanowi przeciwwskazania do operacji. W przypadkach, w których zabieg operacyjny skończył się pomyślnie (7 razy śmierć na 17 operowanych) zwykle następuje zupełne wyleczenie.

Dr. *A. Gruca* (Lwów).

Archives des Maladies de l'Appareil digestif.
Nr. 4. 1924.

M. Loeper i R. Turpin. **O roli tkanki łącznej i naczyń w powstawaniu przerzutów skórnych raka żołądka.** Opis przypadku *ca. scirrhosum ventriculi,* powikłanego licznymi przerzutami skórnymi, w którym sekcja pośmiertna wykazała ponadto zwyrodnienie rakowate obu nadnerczy i przerzuty w tkance łącznej okołonerkowej i podosierdziowej.

Badanie drobnowidowe przerzutów wykazuje ścisłą zależność nagromadzenia komórek nowotworowych od układu naczyniowego. W pośrodku każdego guzka skórnego czy podosierdziowego wykryć się daje tętniczka, dokoła której powstało skupienie komórek rakowatych, otoczonych silnie bujającą tkanką łączną.

W jednym z przerzutów tętnica wykazuje zaczopowanie komórkami nowotworowemi; dane te przemawiają za rozsianiem się sprawy nowotworowej w danym przypadku drogą naczyń krwionośnych. Zwraca uwagę brak przerzutów w zakresie narządów najczęściej je wykazujących jak n. p wątroba.

Autorowie rozpatrują możliwość powinowactwa komórek nowotworowych do pewnych tkanek ustroju (Reitman), co prowadziłoby do wybiórczego powstawania przerzutów.

D. Simici i C. Dumitriu. **O wydzielaniu barwików przez błonę śluzową żołądka.** Autorowie badają wydzielanie, wprowadzonych śródmięśniowo barwików, przez błonę śluzową żołądka u ludzi normalnych, kontrolując równocześnie wydzielanie się tychże przez drogi żółciowe i nerki.

Z pośród 8 barwików, z którymi czyniono doświadczenia, tylko trzy, a mianowicie: czerwień obojętna, rodamina i błękit metylu wydzielają się z sokiem żołądkowym po 10—45 minutach. Autorowie polecają zastosowanie tej metody w rozpoznawaniu schorzeń błony śluzowej żołądka zwłaszcza gdy chodzi o wyróżnienie czynnościowych zaburzeń wydzielniczych od zmian zanikowych czy przerostowych tkanki gruczołowej.

D. Dénéchan i Ch. Gigon. **O torbielach wrzekomych trzustki i powstających samorzutnie.** W etjologji powstawania torbieli wrzekomych trzustki uwzględniano aż do niedawnych czasów przedewszystkiem pierwiastek urazowy; dopiero prace Guinarda i Quénu wyróżniły postać zapalną ustalając symptomatologję tego schorzenia.

D. i G. rozpatrują jego obraz kliniczny i przebieg na podstawie danych z piśmiennictwa, obejmujących 27 przypadków i własnych dwu spostrzeżeń.

Istotną przyczynę powstania torbieli wrzekomych stanowi ograniczona martwica miąższu trzustkowego, występująca pod wpływem procesów infekcyjnych czy intoksykacyjnych, czy wreszcie, jak chcą Gilbert i Chabrol pod wpływem zaburzeń w krążeniu. Etjologja, jak i obraz anatomiczny zmian posiłkowych są więc identyczne z tem, co stwierdzamy przy *pancreatitis haemorrhagica;* jedynie obraz kliniczny jest łagodniejszy, skutkiem ograniczenia się procesu do części trzustki.

Po ostrym początku wśród przeszywających bólów i ciężkich objawów ogólnych następuje okres złagodzenia, względnie zniknięcia dolegliwości, charakteryzujący się tylko szybko postępującem wychudzeniem. Okres ten trwa kilka tygodni do kilku miesięcy, poczem zwolna przychodzi do wytworzenia się guza, najczęściej poniżej i na lewo od pępka.

Przebieg schorzenia jest przedłużony, na pierwszy plan wysuwają się objawy dyspeptyczne i postępujące szybko charłactwo.

Rozpoznanie napotyka zazwyczaj na znaczne trudności. Ważnym środkiem pomocniczym jest prześwietlenie promieniami Röntgena, zwłaszcza przy wydęciu powietrzem jelita grubego lub przy odmie otrzewnowej.

Jako najważniejsze powikłanie wymienić należy pęknięcie, utworzonych przez zlepienie się narządów otaczających, ścian cysty, z następowem zropieniem treści torbieli.

Postępujące szybko charłactwo, jakoteż możliwość powikłań, stanowią wskazanie do jak najrychlejszego zabiegu operacyjnego, dającego zazwyczaj dobre wyniki.

*Czeżowska* (Lwów).

Wiener Archiv für Innere Medizin.

T. VIII. Z 3. 1924.

M a l i w a. **Badania nad wymianą oddechową gazów.** Przy leczeniu swoistem gruźlicy zawiesiną bakteryjną i starą tuberkuliną zwiększa się całkowita przemiana materji nawet wtedy, gdy środki te stosowane są w ilościach nie wywołujących jeszcze przedmiotowych objawów odczynu miejscowego i ogólnego, w przeciwieństwie do leczenia nieswoistemi ciałami drażniącemi, które powodują zwiększenie przemiany materji dopiero przy, a może z powodu, wystąpienia gorączki.

S c h e r f. **Przyczynek do diuretycznego działania mocznika.** Przy podawaniu mocznika występuje często znaczne wzmożenie diurezy bez ubytku na wadze, ponieważ utrata wody drogą nerek wyrównywaną zostaje przez ograniczenie wydzielania wody drogą pozanerkową przez skórę, płuca, jelita. Dlatego należy przeprowadzać równocześnie kontrolę wagi ciała lub wydzielania chlorku sodu w moczu dla osądzenia działania moczopędnego mocznika.

Dawki mocznika niewielkie, do 60 gramów *pro die,* są bezskuteczne, ponieważ zawartość wody w pożywieniu wystarcza, aby sprowadzić wydalenie jego bez utraty na wadze; skutek osiągnąć można dopiero przy dawkach większych, dochodzących do 100 gr. Pod względem zdolności zmniejszania wydzielania potu, jak i wzmożenia krzepliwości krwi, podobny jest mocznik do chlorku sodu.

W a s s e r m a n n. **O podobnych do dusznicy bolesnej objawach niedomogi serca. Angina respiratoria.** Autor opisuje zespół objawów niedomogi serca, przypominający pod niektórymi względami dusznicę bolesną, stąd zwany przez niego *angina respiratoria, insuffizienzanginoid* — który okazuje podobne napady lęku, od głuchego niepokoju aż do uczucia zamierania, ucisku i mniej lub więcej zaznaczonego bólu w piersiach.

Napady te występują u ludzi w średnim lub późnym wieku, przeważnie w nocy, samoistnie, pojedynczo lub po kilka, w dłuższych lub krótszych odstępach czasu.

Patogenetycznie jest dusznica oddechowa objawem ośrodkowego duszenia i należy do działu duszności podmiotowej, do t. zw. głodu powietrza.

Patofizjologicznie na zespół objawów dusznicy oddechowej składa się szereg wrażeń ośrodkowych i obwodowych:

1. Uczucie lęku jest objawem podmiotowym, psychicznym odpowiednikiem rdzeniowego (centralnego) głodu tlenu, związanym z wewnętrznym motorycznym niepokojem.

2 Opresja objawia się jako uczucie ciężaru, ucisku, zesznurowania lub zacieśnienia, w piersiach, poza mostkiem lub w okolicy serca; genetycznie podobnie jak lęk jest objawem centralnego duszenia się. Odczuwanie obwodowe tego wrażenia, nieraz bardzo wyraziste, odbywa się według prawa projekcji ekscentrycznej w okolicy odpowiednich narządów wykonawczych ośrodka; mechanizm więc jego jest przeciwieństwem powstawania objawów dusznicy bolesnej.

3. Uczucie duszenia się, dławienia, umiejscawiane przeważnie w górnych drogach oddechowych, odpowiada patofizjologicznie wzmożonemu stanowi napięcia względnie skurczowi mięśni gładkich narządu oddechowego, krtani i przełyku. Miejscowe odczuwanie tych stanów napięcia jako uczucie duszenia jest somatyczno-specyficznym wyrazem głodu powietrza. Porównać go można do odpowiadającego mu gryzącego uczucia głodu w żołądku i uczucia suchości — pragnienia — w przełyku.

4. Objaw bólu w zespole dusznicy oddechowej nie jest pojedynczem, jednolitem uczuciem, lecz składa się ze wzmożonego, do bólu nieznośnego, przykrego uczucia z powodu ośrodkowego duszenia, przemieszczonego do odpowiednich trzewiów, i ze wspomnianych stanów napięcia mięśni oddechowych i przełyku.

Wszystkie te obwodowe, cielesne zjawiska, są wynikiem nadczynności wskutek braku tlenu układu nerwu błędnego względnie całego układu wegetatywnego.

Zespół *angina respiratoria* należy do duszności spontanicznej, duszności krwiobiegu wielkiego, której klinicznym podkładem jest niedomagające serce aortalne (niedomoga tętnicza czyli lewokomorowa krwiobiegu wielkiego).

Dokładne odróżnienie opisanych stanów od *asthma cardiale,* obrzęku płuc, miażdżycy naczyń mózgowych, a przedewszystkiem od dusznicy prawdziwej ważne jest ze względu na leczenie, już choćby dlatego, że środki niezawodne przy *angina pectoris,* jak azotyn amylowy lub nitrogliceryna tu zwykle zawodzą i zmuszają do stosowania narkotyków, które obniżając zdolność tkanek do przyjmowania tlenu pogarszają jeszcze chorobę właściwą. Szybki skutek po przetworach naparstnicy dopomaga w rozpoznawaniu. Również dobrze działa kofeina, w samym napadzie wziewanie tlenu.

K a u f i K a r p á t. **O okresowem wypadaniu skurczu z licznemi intermisjami w sercu ludzkiem.** Okresowe wypadanie skurczu komorowego jest dość częstem następstwem zaburzenia w przewodnictwie przedsionkowo-komorowem, a polega na tem, że prawidłowa podnieta, przebiegająca przez przedsionek, zostaje po pewnej ilości przewiedzionych bodźców zatrzymana w węźle komory tak, że nie dochodzi do skurczu komory.

Autorzy ogłaszają wyniki badań elektrokardjograficznych nad przypadkiem nieco odmiennym, raz dopiero opisanym (przez Wenckenbacha), w którym oprócz wypadania skurczu po pewnej ilości, tutaj 6—9, przewiedzionych bodźców, zahamowany zostaje zaraz 2, 4 a czasem i 6 skurcz po po pierwszem wypadnięciu.

To zaburzenie w przewodnictwie wywołane zostało przez *digitalis* u osobnika z wrzodziejącem zapaleniem wsierdzia na zastawkach tętnicy głównej.

Dr. *S. Mossor* (Lwów).

## Bibljografja.

### Artykuły oryginalne w czasopismach.

#### Piśmiennictwo polskie.

**Redakcja otrzymała:** J. D ę b i c k i - C h a n i a: Röntgenbehandlug der Kehlkopftuberkulose. (Odb. ze Strahlentherapie. T. 18. r. 1924). — F r a n k i S z o u r: Metodyka, wyniki i znaczenie kliniczne badań chemiczno-morfologicznych zawartości dwunastnicy (odb. z Nr. 7. Warsz. Czasop. Lek. 1924). — A. G r u c a: Zur Gesichtsfurunkelbehandlung (odb. z Zentralbl.

Chirurgie. Nr. 30. r. 1924). — A. Gruca: Wskazania i wartość lecznicza szczepionki Delbet'a (odb. z Lek. Wojsk. Nr. 7. r. 1924). — W. Janusz: Deux cas de lymphogranulomatose (odb. z Lyon Médical. Nr. 23. r. 1924). — St. Klejn: O samoistnem zapaleniu dróg żółciowych (odb. z Nr. 4. i 6. Warsz. Czasop. Lek. 1924). — St. Klejn: Rola krwi w patologji (ibid. Nr. 8. r. 1924). — A. Kobryner: O przebiegu fizjologicznym leukocytozy u człowieka (ibid. Nr 4. r. 1924).

## Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

### Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 28. maja 1924.

Przewodniczy prof. Majewski. Obecnych 75.

1. Kol. doc. Tempka przedstawia: **Przypadek rozsianej włókniakowatości nerwów czyli choroby Recklinghausena.**

2. Kol. Rosenhauch przedstawia: a) chorego, przedstawionego przed dwoma tygodniami z **soczewką zwichniętą do przedniej komory**, którą usunął zapomocą operacji: cięcie płatowe w rogówce, po zapuszczeniu poprzedniem pilokarpiny; mimo to, wskutek odpływu znacznej ilości cieczy wodnej, czy też rozwodnionego ciałka szklistego, źrenica się nieco rozszerza, tęczówka zapada w głąb, rogówka, jak i cała gałka marszczy się. Normalna ekspulzja niemożliwa: soczewkę usunięto przy pomocy łyżeczki Pagenstechera. Zaćma była, jak przewidywano, gipsowa.

Dziś mija dwa tygodnie od operacji — oko bez podrażnienia.

b) Przypadek **urazowej zaćmy**, zwichniętej do ciałka szklistego w trzecim roku życia, u chorego 21 letniego. R. wspomina o hipotezie dr. Beauvieux i Monoda (Archives d'Ophtalm. maj 1924), wyjaśniającej mechanizm zwichnięcia soczewki. Uraz, działający z przodu na gałkę oczną, spłaszcza ją, powodując powiększenie się średnicy sagitalnej oka, wskutek czego nitki więzadełka Zinniusza ulegają napięciu. Uraz wywiera zarazem ucisk na ciałko szkliste w osi środkowej. Ustępując pod naciskiem, ciałko, uderzywszy o tylną ścianę gałki, wraca ku przodowi (contre-coup) prądem obwodowym, prąc na napięte nitki Zinniusza, które pod tym naporem pękają. W obu przypadkach dr. B. i M. musiano gałkę oczną usunąć z powodu silnych bólów (jaskra następowa).

W przypadku przedstawionym przez kol. R. soczewka zwichnięta w 3 roku życia była miękka, i po zmętnieniu, uległa w przeważnej części wessaniu; pozostała tylko torebka i drobne resztki, w postaci lekkiej białej błony (*cataracta membranacea*). Tem się też tłumaczy, że oko przedstawionego chorego nie okazuje podrażnienia.

3. Kol Biernacki przedstawia **przyrząd mikroskopowy Müller do badania naczyń włosowatych in vivo.**

W dyskusji przemawiali kol. doc. Szymanowicz, Wachtel i prof. Majewski.

4. Kol. Artwiński i prof. Latkowski przedstawiają **przypad k polydipsji w przebiegu encephalitis letargica.**

5. Kol. Latkowski wygłasza odczyt p. t. »**O moczówce prostej**« (obie rzeczy przeznaczone do druku).

W dyskusji zabierali gł s kol. doc. Kostrzewski i prof. Latkowski.

Posiedzenie naukowe w dniu 4 czerwca 1924.

Przewodniczy prof. Majewski. Obecnych 98.

Po odczytaniu protokołu z posiedzenia w dniu 28. maja 1924 roku,

1. Kol. Domaszewicz (Lwów) wygłasza odczyt p. t.: »**Znaczenie sztucznej odmy czaszkowej (encefalografji) dla rozpoznawania i umiejscowiania schorzeń mózgu**« (Rzecz przeznaczona w całości do druku).

Odczyt był obficie ilustrowany szeregiem prześroczy ze zdjęć roentgenograficznych. Sekretarz: Dr. *Pawlas.*

---

### II. Zjazd Okulistów Polskich we Lwowie

w dniach 19. i 20. września 1924.

Dokończenie.

IV. Posiedzenie w dniu 20 września 1924.

Przewodniczący Kapuściński. Sekretarz Szymanowski.

30. Machek (Lwów): **Spostrzeżenia, dotyczące dziedziczności optycznej budowy oczów.** Mówca przytacza na wstępie dane, które dotyczą naszych wiadomości o dziedziczności refrakcji oczu a mianowicie: znanem jest, że obok myopji nabytej, szkolnej istnieje także myopja dziedziczna; dziedziczy się najczęściej skłonność do myopji, która polega na podatności tylnej części twardówki, która się z wiekiem i to szczególnie między 12-ym a 20-ym rokiem wypukla, przez co oś oczna się wydłuża; dziedziczone przypadki myopji dochodzą najczęściej do wyższego stopnia, niż nabyte, a myopję tę można wykazać już u dzieci, które się jeszcze czytać nie uczyły; istnieje także chorobowa dziedziczna myopja, powyżej 8 dioptrji, połączona z upośledzeniem bystrości wzroku i zmianami anatomicznemi na dnie oka; co do dziedziczenia innych zboczeń refrakcyjnych nic pewnego nie wiemy. Sposoby stosowane dotąd, aby wykazać, czy myopja u badanego osobnika jest dziedziczną są niedostateczne — sposób zbierania dat statystycznych oparty na niepewnych wywiadach musi dać błędne wyniki. Materjał, któryby pouczył o prawach dziedziczności musi objąć całe rodziny, kilka pokoleń i zbadać należy wszystkich osobników rodziny bez względu na to, czy członkowie rodziny mają oczy prawidłowe, czy też wykazują zboczenia refrakcyjne. Tylko takie badania dałyby rodowody rodzin zbadanych pod względem budowy oczu, które nazwaćby można »rodowodami refrakcyjnymi«.

Po przedstawieniu trudności, jakie się nastręczają przy podjęciu takich badań (lekarz musi żyć długo i nieprzerwanie przez szereg lat mieć rodziny w swojej opiece; nie każdy z członków rodziny zgodzi się być przedmiotem badań; naruszenie tajemnic rodzinnych) pokazuje mówca rodowody, obejmujące nieraz 4—6 pokoleń i znaczne przestrzenie czasu, w niektórych rodowodach powyżej 150 lat. Są to rodziny, których już przed 30—50 laty badało się dziadów i pradziadów, a później ich potomków i objaśnia w jaki sposób należy je odczytywać aby wysnuć odpowiednie wnioski.

Na podstawie tych badań opartych na rodowodach refrakcyjnych dochodzi mówca do następujących wniosków:

1) Ametropja osiowa, hypermetropja i myopja stanowią w zasadzie dziedziczne zboczenia. Dziedziczy się wprost z ojca lub matki, a więc w pierwszej generacji, dziedziczenie wprost albo z przeskoczeniem jednej lub więcej generacji a więc po dziadkach lub pradziadkach, dziedziczenie atawistyczne.

2) Dowód, że hypermetropja jest dziedziczna polega na tem, że w rodowodach hypermetropów, w których się znajdują tylko hypermetropi i emetropi występuje u potomstwa obok emetropji tylko hypermetropja a nie inna refrakcja. Jeżeli w rodowodach hypermetropów później pojawi się myopja albo astygmatyzm, to da się najczęściej wykazać, że osobnik z myopją lub astygmatyzmem ma między przodkami (kognatami) myopa lub astygmatyka, który przez przyżenienie wszedł do rodziny. Odtąd już rodowód w tej gałęzi przestaje być rodowodem hypermetropów. Dziedziczność hypermetropji łatwiej udowodnić, niż dziedziczność myopa, a to dlatego, że stopień hypermetropji pozostaje jednaki, podczas kiedy w rodowodach myopów utrudnia sąd należyty myopja nabyta. Twardówka oka hypermetropa nie jest podatna, a długość osi pozostaje z wiekiem ta sama. Z reguły hypermetropja nie postępuje, a potrzeba zmiany szkieł polega na powiększeniu jawnej hypermetropji, jest tedy następstwem zmniejszenia zdolności akomodacyjnej. Dziwić się należy, że dotąd badano wyłącznie dziedziczność myopa, a nie hypermetropa.

3) Myopja najczęściej dziedziczy się synchronicznie, t. z. że występuje w pewnym wieku i postępuje najczęściej także do pewnego wieku. W rodowodach refrakcyjnych myopów powtarza się często myopja, a nigdy hypermetropja, a jeżeli, to znowu wykazać można, że osobnik z hypermetropją ma przodka hypermetropa, który przez przyżenienie wszedł w rodzinę myopów. Wyższe stopnie myopji, które już u dzieci występują, są zawsze dziedziczne, a nabyte stopnie myopji występują tylko w latach, w których dorastający osobnik zajmuje się pracą w pobliżu.

Synchroniczne dziedziczenie myopji jest następstwem tego, że myopja osiowa powstaje skutkiem dziedziczenia podatności tylnej części gałki ocznej. Tam, gdzie ta podatność istnieje, wystarcza często się powtarzające wahanie parcia ościennego, choćby w granicach normalnych, aby się gałka oczna wydłużyła. Odziedziczona myopja przez pracę w pobliżu się powiększa.

4) Astygmatyzm da się najczęściej wykazać u przodków; czasami tego samego rodzaju z tem samem położeniem osi krzywizn rogówkowych, częściej z podobnem tylko położeniem tak, że osie wymiarów mniej więcej przebiegają, tak jak u przodków. Astygmatyzm rogówkowy może się zdarzyć w oczach z hypermetropją lub z myopją, a więc w oczach z ametropją osiową. Oba zboczenia bywają dziedziczne wraz z astygmatyzmem. Dziedziczy się więc refrakcję osiową wraz z astygmatyzmem

5) Możnaby myśleć, że refrakcja może się wyrównać, jeżeli n. p. ojciec jest hypermetropem, a matka myopką. Rodowody jednakże refrakcyjne nie wykazują nic, coby zatem przemawiało. Owszem w rodowodach powt rza się zboczenie ojca lub matki, ojcowych lub matczynych przodków, często nawet tego samego stopnia. Wiedzą o tem prawie dziedziczenia zboczeń dobrze hodowcy zwierząt, którzy chcąc mieć potomstwo bez zboczeń, łączą tylko zwierzęta bez skazy. Zboczenia u potomstwa się powtarzają.

6 Z tem w związku pozostaje, że w przypadkach, w których ojciec i matka mają ten sam stopień ametropji n. p. hypermetropję, również dzieci lub potomstwo dalsze dziedziczą stopień ametropji po ojcu albo po matce, bez kumulacji stopnia. To znaczy, że chociaż u potomstwa, u większej ilości dzieci, zdarza się ametropja, ale nie w wyższym stopniu, niż u jednego z przodków.

7) Zboczenia refrakcyjne oczów przechodzą w wielu przypadkach tylko na jedno oko. Tu się zdarzyć może, że jedno oko dziedziczy zboczenie refrakcyjne jednej linji przodków, drugie drugiej. Następstwem tego jest anisometropja, która jest jak się pokazuje rzeczą dziedziczności. To samo można powiedzieć o asymetrji twarzy będącej następstwem anisometropji.

8) Jest prawdopodobnem, że refrakcja silniejszej i zdrowszej linji w rodowodzie refrakcyjnym przemaga u potomstwa.

9) Zboczenia refrakcyjne mogą także powstać skutkiem zboczeń rozwojowych i wpływów chorobowych (hypermetropja w przypadkach mikroftalmji i u przedwcześnie urodzonych dzieci).

10) Wielka liczba emetropów w rodowodach, jest naturalnem następstwem tego, że każdy osobnik z ametropją ma wiele przodków z emetropją.

31. Bednarski (Lwów). **O fizjologicznem zagłębieniu tarczy nerwu wzrokowego.** Na podstawie badania 833 gałek ocznych wziernikiem doszedł mówca do następujących wniosków: Zagłębienie fizjologiczne tarczy spotyka się prawie stale przy emmetropji (86%) i przy niskich ametropjach (przy niskiej hypermetropji w 86 %, przy niskiej myopji w 84 %) Im wyższego stopnia jest ametropja, tem rzadziej spotykamy przy niej zagłębienie fizjologiczne tarczy. Potwierdzenie swoich wniosków wyprowadzonych ze statystyki znalazł B. w zachowaniu się zagłębienia fizjologicznego tarczy przy anizometropji. Badanie 34 przypadków anizometropji wykazało, że zagłębienie fizjologiczne tarczy na oku z wyższą ametropją było płytsze, względnie go nie było. Dla objaśnienia przytacza B. 6 przykładów. Uwzględnia przytem autor pytanie, czy wogóle zagłębienie fizjologiczne tarczy jest na obu oczach jednakowe. Z reguły nie znalazł autor większej różnicy w zagłębieniu fizjologicznem tarczy na obu oczach przy jednakowej refrakcji, jeżeli zaś była to częściej lewe zagłębienie tarczy było większe. Autor zastanawia się dalej nad pytaniem, czy w miarę postępowania myopji zagłębienie tarczy staje się płytsze, a w końcu zanika i przytacza jeden przypadek przemawiający za tem, że zagłębienie tarczy przy postępującej myopji może zanikać. Wreszcie przy badaniu 45 gałek z dużemi i głębokiemi zagłębieniami fizjologicznemi tarczy znalazł autor także potwierdzenie swoich wniosków. Zauważył bowiem, że dużych i głębokich zagłębień fizjologicznych tarczy nie spotyka się przy wysokich ametropjach — nie przywiązuje natomiast wagi do tego, czy te głębokie i duże zagłębienia tarczy spotykają się częściej przy emmetropji, czy też przy myopji lub hypermetropji. Brak fizjologicznego zagłębienia przy wysokiej myopji tłumaczy autor mechanicznie, wydłużeniem się gałki, zaś przy hypermetropji wązkością kanału nerwu wzrokowego.

32. Krzemicki (Lwów). **Z pogranicza neurologji i okulistyki.** Jeżeli oko badanej osoby zasłonimy zwierciadłem płaskiem w ten sposób, że może ono widzieć tylko przedmioty odbite od powierzchni zwierciadła wówczas przy każdym obrocie zwierciadła musi nastąpić odpowiedni, zupełnie bezwiedny ruch gałki ocznej. Ze względu na przymusowość, niejako ujarzmienie podobnych ruchów proponuje mówca objęcie omawianego zjawiska nazwą zygopsji (od ζυγόν = jarzmo). Zapomocą próby zwierciadlano-optycznej można łatwo wykluczyć symulację całkowitej ślepoty, stwierdzić, kiedy zaczyna się wytwarzać widzenie naośne u niemowląt, wykazać hemianopsję u chorych z zamgloną świadomością, przekonać się w pewnych stanach psychopatycznych, czy dane osoby widzą i czy gałki ich są w stanie wykonywać ruchy. Przy ruchach zygoptycznych nie ma żadnej tendencji do współruchów głowy. Okoliczność tę można wyzyskać z pożytkiem przy badaniu porażeń mięśni ocznych.

Pozatem opisuje K. kilka **przyrządów własnego pomysłu** ulepszających metody badania pola widzenia i pola patrzenia (pozierania). Przyrządy te były demonstrowane w ciągu obydwu dni zjazdu kilkunastu grupom uczestników.

33. Drak (Lwów) podaje opis nadzwyczaj rzadkiego **przypadku ad noma cysticum limbi conjunctivae** u 19 letniego studenta. Narośl wielkości 10×4 mm płaska, gładka, bez szypuły, łatwo przesuwalna na twardówce, szarawa, o licznych naczyniach krwionośnych i twardej konsystencji. Nowotwór ten odcięty i zbadany pod mikroskopem wykazywał budowę gruczolaka cewkowego, wychodzącego z gruczołów śluzowych. Światła gruczołów były miejscami zamienione w torbiele. Powstanie guzka należy odnieść przypuszczalnie do rozwoju jego z pojedynczych gruczołów spojówki gałkowej typu Manza, wybujałych wskutek długotrwałego nieżytu.

**Rozprawy.**

Bałłaban T. jest zdania, że gruczolak mógł powstać przez mechaniczne drażnienie miejsca powstania gruczolaka i to wskutek ciągłego tarcia gałki ocznej o górną powiekę. W braku urazu należy przyjąć, że w następstwie przewlekłych zapaleń przyszło do torbowatego wklęśnięcia przybłonka, a przez bujanie i ucisk okolicznej tkanki wklęśnięcie to zostało zdeformowane i przyjęło postać gruczolaka.

34. Musiał (Lwów). **Rogówka olbrzymia a wodoocze** (z pokazem fotografji). Nawiązując do obserwowanego w klinice przypadku rogówki olbrzymiej u dziecka 2 dni liczącego mówca zastanawia się nad patogenezą rogówki olbrzymiej i wodoocza, które w pewnym okresie chorobowym mają wiele cech ze sobą wspólnych. Omawia zasadnicze różnice między rogówką olbrzymią, która przez całe życie nie powoduje żadnych zgubnych następstw dla wzroku, w przeciwieństwie do wodoocza, prowadzącego w końcu do ślepoty. Z teorji tłómaczących powstanie rogówki olbrzymiej ma według mówcy najwięcej prawdopodobieństwa hipoteza Reisa. Według Reisa należy rogówki olbrzymie uważać nie za objaw patologiczny, lecz za atawistyczny. Są one powtórzeniem cech rodowych obecnie już nie występujących podobnie jak u niektórych zwierząt, gdzie wymiar poziomy rogówki zbliża się do wymiaru poziomego gałki, a więc rogówka w stosunku do gałki za wielka, a mimo to nie mówimy u nich o rogówkach olbrzymich. M. omawia następnie istniejące poglądy w sprawie powstawania wodoocza i jest zdania, że główną rolę odgrywają tu procesy zapalne. Możliwem jest jednakże, że w powstawaniu wodoocza odgrywają także pewną rolę zmiany w nerwie współczulnym i trójdzielnym. Na podstawie materjału klinicznego dotyczącego 18 przypadków wodoocza radzi M. wprowadzić podział wodoocza na ostre, podostre i chroniczne (właściwe glaucoma juvenile). Leczenie polegało na obniżeniu ucisku bądź to drogą operacyjną, bądź też przez stosowanie miotyków i adrenaliny.

**Rozprawy.**

Reis, nawiązując do poruszonego przez kol. Musiała zagadnienia o rogówce olbrzymiej, zaznacza, że własną hipotezę, tłumaczącą rogówkę olbrzymią jako objaw atawistyczny, ogłosił w czasop. franc. Arch. d'Opht. jeszcze w r. 1920. Artykuł był referowany bardzo obszernie w czasopismach okulistycznych niemieckich, a mimoto ogłosił w roku 1923 dr. Friede pracę, w której opierając się na tych samych przesłankach do tych samych dochodzi wniosków, nie wspomina zaś zupełnie o pracy ogłoszonej przez R. 3 lata wcześniej. Wobec tego zastrzegł R. swe prawa pierwszeństwa w tem samem czasopiśmie, w którem pracę swą ogłosił Friede (Graef. Arch f. Opht. 113. 1924).

Zamenhof zaznacza, że czasem wodoocze widocznie stoi w związku z glejakiem. Wówczas wskazane tylko wyłuszczenie gałki.

Kapuściński wspomina również o przypadku wodoocza u dziecka półrocznego, u którego w dalszym przebiegu choroby stwierdzono istnienie glejaka.

35. Łuc (Lwów) opisuje przypadek **torbieli tęczówki**, umiejscowionej w dolnym wewnętrznym odcinku tęczówki. Rozpoznanie kliniczne wahało się między mięsakiem czarnym, a torbielą. Zabieg operacyjny wykonał gen. Bałłaban sposobem Fischera. Po podspojówkowem otwarciu przedniej komory uskuteczniono szeroką irydektomję i torbiel wycięto. Badanie histologiczne wykazało, że chodzi tu o torbiel wychodzącą z tylnej blaszki tęczówki.

**Rozprawy.**

Melanowski wspomina o torbielakach tylnej powierzchni tęczówki stwierdzonych przy zapaleniach nerek typu chloremji u ludzi i torbielach podobnych spotykanych przy doświadczalnie wywołanych zapaleniach nerek u królików.

Bałłaban T. omawia rozpoznanie różniczkowe między torbielą, a mięsakiem czarnym. Przy wszystkich guzach melanotycznych tęczówki i ciałka rzęskowego, które posiadają dążność wciskania się do tylnej komory, powstaje już bardzo wcześnie przemieszczenie barwika do przedniej komórki i to na tylną ścianę rogówki lub na przednią powierzchnię soczewki. Podobnej dyseminacji przy torbielach nie spostrzegano. Przypadek opisany przez kpt. Łuca dowodzi jednakże, że tego rodzaju różniczkowa charakterystyka kliniczna nie jest czemś całkiem pewnem. W przypadku tym był bowiem barwik obficie nagromadzony w przedniej komorze, a tymczasem badanie histologiczne wykazało torbiel śródprzybłonkową.

36. Blaustein (Lwów) mówi **o operacyjnem leczeniu braku przodkowej komórki w następstwie przetoki rogówkowej.** W przypadku z długotrwałym brakiem przedniej komórki sklerotomja tylna bez przecięcia naczyniówki spowodowała wytworzenie się przedniej komórki W przypadkach jaskry złośliwej, gdzie brak komórki, sklerotomja tylna również w ten sposób wykonana może oddać dobre usługi.

**Rozprawy.**

Machek zaznacza, że przedniej komory nie było dłuższy czas i że sklerotomji przedniej nie można było wykonać z kontrfunkcją, a irydektomja była wykluczona. Oddzielenie tęczówki szpatułką także skutku nie miało. Zastosowano tylną sklerotomję na równiku — bez przecięcia naczyniówki — która przywróciła przodkową komorę. W przypadkach jaskry złośliwej stosował M. sklerotomję tylną zawsze z dobrym skutkiem. Wykonując sklerotomję tylną nie przecina M. naczyniówki, aby uniknąć krwotoku do ciałka szklistego.

Szymański radzi w przypadkach braku przedniej komory wejść do niej igłą dyscysyjną, przebić tęczówkę tak aby nie zadrasnąć soczewki, a otwór w tęczówce jest dostateczny dla wylewu cieczy wodnej z komory tylnej.

Majewski przytacza publikację Mehnera z kliniki wrocławskiej, gdzie stale w przypadkach nie wytwarzania się

przedniej komory po irydektomji wykonują z dobrym skutkiem sklerotomję tylną.

37. Naróg (Lwów) zdaje sprawę z próbnych **doświadczeń z pepsyną w schorzeniach powiek na tle blizn.** Do wstrzykiwań używał pepsyny wyjałowionej w preparatach »Stersin V«, dostarczonych przez firmę W. Kothe z Halle an d. Saale. Pepsyna ta o sile trawiennej 1:5000 wykazuje siłę bakterjobójczą równą 1‰ sublimatowi i znaczną siłę trawienną. Roztwory sporządzał sam 0,2 Stersin na 20 sol. jodico-jodata $P_5$, lub 0·1:100 HCl 5‰ del. Odpowiadają one wartością roztworom w płynie Pregla, jak to udowodnił Laskownicki. Jako dawki służyły mu ½ cm³ nowocainy 1% z adrenaliną zmieszane z ½ cm³ roztworu pepsyny, które wstrzykiwał podspojówkowo lub podskórnie w powieki co drugi dzień z chwilą zniknięcia obrzęku. Wstrzykiwania stosował w 25 przypadkach. Dobre wyniki otrzymał w przypadku wywinięcia powiek na tle blizn gruźliczych zrośniętych z okostną oczodołu, w kilku przypadkach wywinięcia i podwinięcia powiek pochodzenia kurczowego, w przypadkach grubych blizn i zniekształcenia tarczki, w przypadkach wywinięcia powiek mięsakowatych, oraz w przypadkach świeżych blizn gojącej się jaglicy. Bolesność po pierwszem wstrzyknięciu trwa w nieznacznym stopniu do 6 godzin, obrzęk i rozpulchnienie spojówki do 24 godzin. Po następnych wstrzyknięciach ból ustępuje po 2 godz., obrzęk po 12 godz. Wstrzyknięcia nie wywierają ujemnego wpływu na tkankę zdrową. Dalsze doświadczenia co do działania wstrzykiwań pepsyny pod spojówkę gałkową w przypadkach zrostów przednich i tylnych, przy bliznach rogówkowych, przy mętach i zrostach w ciałku szklistem — są w toku.

38. Fried-Wasserowa (Lwów) przedstawia przypadek **skroniowej hemianopsji w przebiegu choroby Recklinghausena.** Przypadek dotyczył chorej 20 letniej z objawami tej choroby oraz zanikiem białym nerwu wzrokowego w połączeniu z hemianopsją skroniową. Mówczyni przypuszcza, że w tym przypadku może mamy do czynienia z rzadkimi zmianami włókniakowymi, w miejscu skrzyżowania nerwu wzrokowego — nie jest jednakże wykluczoną możliwość powiększenia przysadki mózgowej. W końcu demonstruje F. schematy pola widzenia.

39. Eliasberg (Sieradz) opisuje swoje **cięcie rąbka rogówki i tęczówki** (omówione przedtem w rozprawach przy jaskrze) jako nowy sposób wejścia do ciałka szklistego przy operacji elektromagnesem. Ostatni etap operacji elektromagnesem Haaba, kiedy ciało żelazne musi przejść między torebką soczewki a tęczówką, jest szczególnie niebezpieczny, gdyż może spowodować świeże urazowe uszkodzenia soczewki. Z tej przyczyny wybrał E. cięcie rąbka rogówki i tęczówki w kierunku strzałkowym i wejście elektromagnesem ręcznym do ciałka szklistego. Zabieg ten wykonał prelegent po raz pierwszy przed 20 laty, a komunikaty o tem wygłosił w stowarzyszeniach lekarskich w Rydze, a podczas wojny światowej w Kijowie.

40. Zamenhof (Warszawa) opisuje **postać złuszczającą zapalenia ciałka rzęskowego** (*cyclitis desquamativa*). W przypadku, który klinicznie przedstawiał się jako zwichnięcie soczewki do przedniej komory, wykazało badanie mikroskopowe, że soczewka pozostała na swojem miejscu, a w przedniej komorze znajdował się wysięk zorganizowany, w skład którego wchodziły osobliwe wielkie komórki kuliste, przypominające pęczniejący nabłonek przy złuszczającem zapaleniu płuc. Źródłem tych komórek jest najprawdopodobniej nabłonek ciałka rzęskowego, skąd przedostały się przez otwór źreniczny do przedniej komory, tworząc rodzaj czopa w źrenicy, reszta zaś zatkawszy kąt przesącza wywołała jaskrę wtórną. Możliwem jest, że nie jeden przypadek jaskry w ten sposób bywa wywołany.

41. Krausz (Łódź) podaje **metodę dla wczesnego mikroskopowego rozpoznania jaglicy** (z pokazem rycin). Przy wyciskaniu ziaren pincetą zmodyfikowaną w ten sposób, że wałeczki są znacznie mniejsze niż zwykłe oraz gładkie wyciska się zawartość ziaren i sporządza preparat roztarty, barwiony rozmaitymi sposobami. Przy badaniu mikroskopowem w przypadkach jaglicy okazało się, że brak jest komórek nabłonkowych, natomiast wielka ilość skupionych jąder bez protoplazmy, okrągłych mocno barwiących się.

Przy bliższem zbadaniu tych elementów można dostrzec pewien regularny proces rozpadu tych komórek limfatycznych; poczynając od niezmienionej komórki z dużem, okrągłem, zupełnie pęcherzykowatem jądrem, mocno barwiącem się z wąskim rąbkiem protoplazmy, przechodzimy do szeregu zmian tego jądra, z których najważniejszą jest utrata wszelkiej protoplazmy. W przeciwieństwie do tego, obrazy mazanek zrobionych tak samo przy innych schorzeniach, nastręczających trudności rozpoznawania jak *conj. follic. vernalis, scrophulosa*, dają obrazy zupełnie inne. Przedewszystkiem widzimy w nich komórki nabłonkowe, co przy jaglicy zdarza się tylko wyjątkowo. Poza tem elementów limfatycznych z ich charakterystyczną nekrobiozą wogóle nie widzimy.

42. Chomicki (Chełm) pokazuje fotografje i roentgenogramy z przypadków **zębów nadliczbowych w oczodole**, opisanych bez rycin w „Klinice ocznej" 1923 r.

43. Herschendörfer (Lwów). Do przypadków opisanych przez Küsela, Wiktora Reisa i Wicherkiewicza dodaje mówca dalsze **3 przypadki zmian barwikowych spojówki powiekowej w przypadkach jaglicy.** Drobne plamki ciemnobrunatne znajdowały się 2 razy na tarczce górnej, raz zaś w dolnym załamku. Badanie histologiczne wykazało, że barwik leżał śródkomórkowo we właściwej błonie śluzowej, przybłonek zaś był wolnym od barwika. Barwik układał się dokoła naczyń, a często w śródbłonkach naczyń. Wszyscy chorzy byli ciemnymi brunetami, ze skłonnością do tworzenia plamek barwikowych w skórze. Następnie omawia mówca przypuszczalny mechanizm powstawania owych plam barwikowych.

**Rozprawy.**

Musiał zwraca uwagę na rozmaite pochodzenia ciemnego barwika spotykanego na spojówkach powiek lub gałki. Hemosyderyna spotykana tylko po wylewach krwawych – melanin zaś może być wytworem pierwoszczy komórki pod wpływem pewnych utleniających zaczynów.

44. Luftman (Lwów) pokazuje na przykładzie objaśnionym rycinami **skiaskopję przy pomocy szczewek walcowatych według K. Lindnera** (Wiedeń). Przy skiaskopji walcami określamy najpierw składnik sferyczny, później wyrównujemy składnik astygmatyczny a więc ustawiamy przed okiem soczewki sferyczne w połączeniu z walcami i tak długo zmieniamy siłę i kierunek osi walca, aż niezborność jest wyrównana. Badanie w praktyce polega całkowicie na prawach skrzyżowanych walców, z których jeden jest składnikiem astygmatycznym i znajduje się w samem oku, a drugi jest przed nim ustawiony. Po wyrównaniu sferycznego składnika otrzymujemy smugę światła, która wskazuje kierunek osi i znak astygmatycznego składnika. Ustawiamy przypuszczalnie wyrównujący walec. Jeżeli powstaje astygmatyzm resztujący, to należy tylko zmienić siłę walca. Jeżeli powstaje astygmatyzm obrotowy, to należy walec obrócić w kierunku położenia astygmatycznej smugi. Po połączeniu się resztującego z obrotowym należy po uzyskaniu należytego położenia osi odpowiednio zmienić siłę walca.

45. Reis (Lwów). **Badanie anatomiczne t. z. „późnego zakażenia" po trepanacji Elliota** (z pokazem obrazów świetlnych z preparatów mikroskopowych). Spostrzegany przez mówcę przypadek dotyczył kobiety 64 letniej, u której zagranicą wykonano w 1921 r. z powodu jaskry irydektomję na oku prawem a w r. 1922 trepanację Elliota. W styczniu 1923 miała chora na oku operowanem, mimo istnienia typowego dla trepanacji Elliota wydęcia spojówki nad otworem, wcale dobrą ostrość wzroku po korekcji szkłami cylindrycznemi ($^6/_{18}$). W grudniu 1923 bez wiadomej przyczyny dostała chora plastyczne zapalenie tęczówki i ciałka rzęskowego oraz nagromadzenie ropy w komorze przedniej. Silne nieustające bóle stanowiły wskazanie do wyłuszczenia gałki. Badanie anatomiczne wykazało obok zmian zapalnej natury uwięzgnięcie wyrostków rzęskowych w otworze trepanacyjnym. W piśmiennictwie znalazł mówca wśród licznych klinicznie spostrzeganych późnych zakażeń po trepanacji Elliota tylko dwa przypadki badane anatomicznie — w obu zaś wyrostki rzęskowe lub tęczówka uwięzgnięte były w otworze. Mówca opierając się na badaniach Wessely'ego wypowiada przypuszczenie, że może przy zachowaniu ścisłej techniki operacyjnej i wyborze miejsca uda się w przyszłości przypadki zakażenia późnego sprowadzić do znikomej liczby.

**Zamknięcie zjazdu.**

Prof. Machek zamyka Zjazd. Zwraca uwagę na znaczną liczbę kolegów, którzy wzięli udział w zjeździe i stwierdza obecność wszystkich profesorów okulistyki w Uniwersytetach polskich. Następny Zjazd ma się odbyć w Warszawie w roku przyszłym, jako sekcja ogólnego Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich. *W. Reis* (Lwów).

---

## Sprawy zawodowe.

### W sprawie taryfy za czynności lekarskie.

Regulatorem cen towarów na rynku jest stosunek między popytem, a podażą; wysokość ceny jest w prostym stosunku do popytu i w odwrotnym do podaży. Tylko w razie prawnego ograniczenia podaży, kiedy nabywca byłby zdany na łaskę i niełaskę sprzedawcy, któryby mógł podnosić cenę do nieskończoności — społeczeństwo, władze w obronie nabywcy ustanawiają ceny t. zw. maksymalne. Taki przypadek ma miejsce z towarami zmonopolizowanemi, a również z aptekami, bo tylko ostatnim wolno sporządzać lekarstwa, znaczy to, że podaż jest prawnie ograniczona. Maksymalna cena znaczy: 1) że sprzedawca nie może żądać wyższej ceny, a 2) za przekroczenie może odpowiadać sądownie, jak za oszustwo.

Powyżej wspomniany regulator zachodzi także w stosunkach pomiędzy pracobiorcą, a pracodawcą i nikomu nie przyjdzie do głowy ukarać krawca, inżyniera wogóle pracownika za to, że żąda lub pobiera takie, a nie wyższe wynagrodzenie. Gdyby jednak u nas istniało niewolnictwo i pracownik na żądanie pracodawcy musiałby udzielać swej pracy, to w obronie pracobiorcy władze musiałyby ustalać taksę za pracę. Taksa taka byłaby minimalną t. j. 1) pracodawca nie miałby prawa uiścić wynagrodzenia mniejszego od taksy, a 2) za niedodanie

mógłby odpowiadać sądownie, jak za przyswojenie cudzej własności.

W byłym zaborze rosyjskim istniało prawo, które prawdopodobnie i teraz obowiązuje i na zasadzie którego lekarz nie miał prawa odmówić żądającemu swej fachowej pracy. To też istniała taksa n. p. 15 kop. za poradę lekarską. W 8-ym dziesiątku zeszłego stulecia jakiś bogacz moskiewski, mając uiścić się z długu lekarzowi, chciał korzystać z praw taryfy. Sprawa doszła do senatu, który rozjaśnił, że taryfa jest tylko minimalna, a że w tym przypadku dłużnik jest człowiekiem zamożnym, to żądanie lekarza (po rublu za wizytę) jest prawnem. Podobna sprawa toczyła się kilka lat przed wojną w sądzie okręgowym w Zamościu. W tym przypadku sąd wyrokował nie na podstawie taryfy prawnej a uwzględniając czas trwania pracy, stopień zamożności chorego (szło o obrót), orzeczenie rzeczoznawcy co do przyjętej w miejscowości normy wynagrodzenia i t. p. okoliczności.

Niedawno temu otrzymałem okólnik tutejszego lekarza powiatowego z dn. 5 września nr. 20643 z podaniem norm maksymalnych opłat za porady i zabiegi lekarskie, ustalonych w porozumieniu z Radą Izby Lekarskiej Lubelskiej. Nie dotyczą one samej treści norm, które zresztą są dla lekarza bardzo nawet do przyjęcia, ale chodzi o zasadę. A więc lekarz ma być pozbawiony tego prawa oceniania wartości swej pracy, które służy każdemu rzemieślnikowi! W czyjej obronie staje taksa lekarska? W obronie publiczności? Ale normalna konkurencja ochrania jej prawa. Wszak monopolu niema. Wprawdzie w chorobie jest się zmuszonym szukać pomocy u lekarza, a nie n. p. u ślusarza (choć i to bywa), ale też z zepsutą kłódką muszą się po naprawę zwrócić do ślusarza. Jeżeli w byłym zaborze rosyjskim jeszcze obowiązuje niewolnictwo względem lekarzy i taksa staje w obronie ostatnich, to w takim razie może ona być tylko minimalną.

Teraz kilka słów o sposobie ustalenia taksy. W okólniku punkt 1-szy opiewa: porada u lekarza w domu w dzień do 3-ch punktów. A jeżeli porada taka wymaga fizykalnego, chemicznego lub drobnowidzowego zbadania wydzielin? Albo p. 10 »poród normalny do 25 punktów«. A jeżeli poród, przy którym niema wskazania do interwencji lekarza, więc normalny trwa, jak czasem bywa u pierwiastek — do 20 godzin, albo rodząca życzy sobie obecności lekarza od chwili pojawienia się pierwszych bólów, co bywa czasem 2 dni przed porodem?

Ze wszystkiego powyższego wynika, że taxa laborum dla lekarzy logicznie nie ma racji bytu. Taksę taką może unormować tylko konferencja pomiędzy lekarzami i sumienie lekarza; niema lekarza, któryby od czasu do czasu nie udzielał porady bezpłatnie cierpiącemu biedakowi. Ostatecznie może istnieć taksa minimalna, ale w żaden sposób nie maksymalna.

Dr. *J. Gelibter* (Zamość).

---

**W sprawie międzynarodowego wykazu Radjologów i Elektrologów.**

Od dra Jaxy-Dębickiego otrzymujemy następujące pismo z prośbą o umieszczenie:

Jako jeden z protektorów międzynarodowego związku roentgenologów i elektrologów, otrzymałem od pana Christie z Nowego Yorku i od p. Wetterera z Mannheim następującą odezwę:

Odezwa.

W celu stworzenia międzynarodowego wykazu Radiologów i Elektrologów. (Index Radiologorum).

Nadzwyczajny rozwój radio- i elektrologji w ostatnich latach wymaga, więcej jak każda inna dyscyplina lekarska, zbliżenia się do siebie wszystkich radjologów i elektrologów, wzajemnej wymiany myśli i współpracy tak na polu naukowem, jakoteż pod względem socjalnym. »Index radiologum« będzie nie tylko suchym wykazem wszystkich radjo- i elektrologów na kuli ziemskiej, ale ma spełnić poważniejsze zadanie.

Główny jego cel — to zbratanie i wzajemne zapoznanie ze sobą wszystkich kolegów w tej specjalności, wymiana myśli w drodze naukowych publikacyj, wzajemna pomoc dla kolegów, którzy znaleźli się zrządzeniem losu w trudnych warunkach materjalnych. Komitet związku zamierza udzielać poparcia wybitnie uzdolnionym, ustanawiać stypendja, jak również udzielać nagród zasłużonym. Fundusz, jaki się zbierze przez subskrypcję na »Index«, będzie w początkach zapewne bardzo skromny, będzie jednak wzrastał w miarę rozwoju wydawnictwa, w miarę ofiarności kolegów i w miarę potanienia późniejszych wydań. Zarząd funduszu będzie podlegał Międzynarodowemu Komitetowi złożonemu z protektorów.

Zamieszczenie ogłoszenia będzie wynosić około $1\frac{1}{2}$ dolara, zaś tom »Indexu« około 3—4 dolarów.

*Christie Wetterer.*

Jako protektorowie Związku na Polskę, musimy od siebie dodać, że myśl stworzenia międzynarodowego wykazu radjo- i elektrologów, podniesiona przez p. kolegę Wetterera w Mannheimie, spotkała się z entuzjastycznem przyjęciem w kołach radjologów za granicą. Nie wątpimy, że panowie koledzy radjologowie i elektrolodzy polscy, przyjmą ją z podobnem uznaniem i zainteresowaniem się. W interesie nauki polskiej leży, byśmy znaleźli się w »Indexie« w jak najpoważniejszej liczbie i by współpraca radjologów polskich nie ustępowała, pod względem treści i wartości, pracom naszych kolegów zagranicznych. Doniosłość przedsięwzięcia kol. Wetterera nie potrzebuje słownego poparcia. Jest ona tak wielkiej wagi dla świata radjologicznego, że sama za siebie mówi. Ostatecznych informacji udzielimy kolegom w najbliższym czasie.

Protektorowie dla Polski:
Dr. *Adam Elektorowicz* (Warszawa), Prof. *W. Karol Mayer* (Poznań), Dr. *Jaxa Józef Dębicki* (Lwów).

---

## Wiadomości bieżące.

**Warszawa.**

Zarząd Towarzystwa Lekarskiego Polsko-Francuskiego w Warszawie zawiadamia, że składka członkowska na rok 1925 oznaczoną została na 4 zł., płatnych zgóry przy wnoszeniu prenumeraty za pisma francuskie, wydawnictwa Massona w Paryżu. Składkę wpłacać można sekretarce Towarzystwa, pani Marji Kownackiej w Warszawie, ulica Okólnik 5, m. 17 w godzinach od 3—5 p. p. lub przelewać na conto Towarzystwa w Pocztowej Kasie Oszczędności L. 3090.

**Ze świata.**

Aparat Roentgena do prześwietlania murów. Jedno z amerykańskich towarzystw elektryczności ogłosiło, że w jego pracowniach zbudowano aparat do wytwarzania promieni Roentgena o wadze tylko 13 kg. 600 gr., za pomocą którego można widzieć przez mury i podłogi. Dr. Coolidge, wynalazca tego aparatu, wyjaśnia, że przyrząd jest bardzo prosty i jest czynnym przy użyciu prądu wprost ze zwykłego łącznika pokojowego. Przyrząd ten między innemi, może oddawać przysługi n. p. w poszukiwaniach uszkodzeń w rurach wmurowanych w ścianach domów.

**Sprostowanie.**

W N-rze 44. w sprawozdaniu Tow. lek. Zagl. Dąbr. str. 609 wiersz 9 i 10 od góry zamiast »lewych dolnych kończyn« winno być »lewostronnych kończyn«.

W N-rze 45, str. 692 wiersz 23 od góry winno być zamiast Dr. J. Janukowski — Dr. J. Jankowski.

W streszczeniu przemówienia Dr. J. Zaorskiego za mieszczonego w sprawozdaniu z ostatniego zjazdu chirurgów we Lwowie, Nr. 39, str. 5, kol 1 wiesz 10-ty na górze, należy dodać: »Wobec upośledzonych w powyższy sposób nerwów, każde (zranienie choćby najmniejsze i t. d.).

W wierszu 15-ym od dołu na tej samej stronie ma być: »tylko wycięcie schorzałej części żołądka jako tła wrzodowego«, (zapewnić może radykalne i t. d.).

**Zmarli.** Dr. Adam Chełmoński (Warszawa) znany lekarz i społecznik.

W Grazu zmarł prof. dr. Józef Möller ameryk. profesor farmakognozji, w Wiedniu prof. dr. R. Gersung uczeń Billrotha, zaś w Heidelbergu prof. dr. R. Gottlieb, znany farmakolog.

---

## Ogłoszenie.

***Redakcja Polskiej Gazety Lekarskiej zwraca się do wszystkich polskich Towarzystw Lekarskich, tak naukowych, jak społecznych z prośbą o przysłanie pod adresem lwowskiej redakcji (ul. Piekarska 52) następujących dat statystycznych:***

*1) rok założenia Towarzystwa,*

*2) osoby założycieli,*

*3) majątek Towarzystwa (domy, zbiory, bibljoteki, fundacje naukowe lub dobroczynne, lecznice etc),*

*4) czy Towarzystwo było czynne nieprzerwanie w czasie ucisku zaborców i wielkiej wojny,*

*5) obecna ilość członków Towarzystwa.*

***Wiadomości te będą w odpowiedni sposób zużytkowane w P. Gazecie Lekarskiej i przyczynią się do ożywienia ruchu między Towarzystwami oraz do ułatwienia wspólnych wystąpień w kraju i zagranicą.***